

	<b>FORMATO</b>	<b>CÓDIGO:</b>	FT-AH-004
	<b>AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA (CONSENTIMIENTO INFORMADO)</b>	<b>VERSIÓN:</b>	4
		<b>FECHA EMISIÓN:</b>	19/06/2018 dd/mm/aa

Para la prestación de servicios médicos, intervenciones quirúrgicas, o procedimientos especiales

Historia Clínica No. \_\_\_\_\_

En pleno uso de mis facultades mentales, autorizo al Doctor (a): \_\_\_\_\_ y a los asistentes de su elección, para realizar en mi o en (la) paciente \_\_\_\_\_ la siguiente intervención o procedimiento especial \_\_\_\_\_

Se me han explicado las posibles alternativas al tratamiento propuesto y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente.

Autorizo a la **CLÍNICA DE MARLY** y sus especialistas para utilizar en el curso de la intervención o procedimiento y en el posoperatorio, los medicamentos, anestésicos o medios de contraste necesarios.

Reconozco que hay riesgos para la vida y la salud asociados con estos procedimientos y/o medios de contraste. Tales riesgos me han sido explicados por el médico especialista. Entiendo que en el curso de la intervención o procedimiento especial, puedan presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales. Autorizo la realización de estos procedimientos, si el Médico o sus asistentes los juzgan necesarios.

Autorizo a la **CLÍNICA DE MARLY** para tomar muestras de tejidos o fluidos orgánicos, con destino a exámenes de laboratorio clínico o histo-patológicos.

Reconozco que no se me han garantizado los resultados que se esperan de la intervención o procedimiento, por tratarse de una actividad de medios y no de resultados, teniendo en cuenta que se hará uso de todos los elementos técnico científicos disponibles y demás parámetros de calidad para su ejecución.

Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco de este documento han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi libre decisión. Después del examen clínico practicado por el **Médico tratante** y los exámenes pertinentes, se me ha explicado la naturaleza y el propósito de la intervención o procedimiento especial, así como complicaciones y riesgos que puedan producirse en particular: \_\_\_\_\_

y los siguientes beneficios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o persona responsable\*  
\*Parentesco :

\_\_\_\_\_  
Firma  
No.de identificación:

\_\_\_\_\_  
Testigo\*  
\*Parentesco :

\_\_\_\_\_  
Firma  
No.de identificación:

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma  
No.de identificación:

\_\_\_\_\_  
Fecha

Certificamos que hemos explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas de la propuesta intervención o procedimiento especial y hemos contestado todas las preguntas formuladas. Consideramos que el (la) paciente, pariente/tutor comprenden lo que hemos explicado.

Este documento deberá incorporarse a la Historia Clínica del paciente.