



CONSENTIMIENTO INFORMADO

"Ley 29414, ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, en cuyo numeral 15.4 dispone que toda persona tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud."

Yo Sr/Sra,.....de.....años de edad, en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), Representante legal () o Apoderado () del paciente:.....con numero de Historia Clínica N°.....,con el Diagnostico:

Conste por el presente documento:

- 1. Que he sido debida y claramente informado(a) sobre mi(s) diagnostico(s) presuntivo(s) o definitivo(s) y la necesidad de realizar a mi persona / familiar el siguiente procedimiento:, además he recibido información completa y suficiente sobre la naturaleza y propósito de la intervención quirúrgica en mención, de sus beneficios, de las alternativas, de los riesgos de no realizarlo y así como de los recursos con que cuenta el Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa para su realización. Así mismo, se me ha explicado que las principales complicaciones de la intervención mencionada son las siguientes:
2. Por otro lado he recibido una explicación clara y detallada sobre la administración de medicamentos, sus beneficios, riesgos y efectos secundarios. Teniendo la oportunidad de hacer preguntas, las cuales han sido respondidas satisfactoriamente, y entiendo los posibles riesgos y beneficios del tratamiento.
3. Se me indico el pronóstico como Bueno ()/ Reservado (), y las recomendaciones posteriores a la intervención o procedimiento quirúrgico.

ESTANDO PLEMANENTE INFORMADO de lo expuesto anteriormente, sin presión y en forma voluntaria SI (), NO () DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE EL PROCEDIMIENTO.

Miraflores, ____ de _____20__ Hora:.....

Form box containing signature lines for patient/parent/mother/legal representative, names, surnames, DNI number, and a digital fingerprint area labeled 'Huella Digital'.

Firma y sello del Médico Tratante
Nombres:
Apellidos:
CMP N°:



REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo Sr/Sra,.....de.....años de edad, en calidad de Paciente (), Padre (), Madre (), Representante legal () o Apoderado () del paciente:.....con numero de Historia Clínica N°....., de forma libre y consciente he decidido **REVOCAR EL CONSENTIMIENTO FIRMADO CON FECHA**/...../.....para este procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivar de mi decisión.

Miraflores____ de _____20____

<p>_____</p> <p>Firma de paciente/padre/madre/representante legal/apoderado</p> <p>Nombres:_____</p> <p>Apellidos:_____</p> <p>DNI N°: _____</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <p><i>Huella Digital</i></p>
--	--

Firma y sello del Médico Tratante

Nombres:_____

Apellidos:_____

CMP N°: _____