

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

México, D.F., a _____.

C. DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL

PRESENTE

Por medio del presente, me permito hacer de su conocimiento que he sido debidamente informado(a) de manera clara y sencilla por mi médico tratante, que para diagnosticar o confirmar la enfermedad que padezco, y en su caso prescribir el tratamiento respectivo es necesario aplicar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos según convenga.

Acto Autorizado: _____.

Así mismo, estoy informado(a) de que la práctica de la medicina y la cirugía implica riesgos, complicaciones y/o secuelas, por lo cual acepto afrontar estos riesgos en razón de ser mayor el beneficio esperado (Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Atención Médica, artículos 29,46, 80,81,83,84 y 119).

Queda entendido que se me ha informado de las consecuencias potenciales de dichos procedimientos, los cuales he comprendido con suma claridad, así como el contenido del Artículo 103 de la Ley General de Salud que a la letra dice: " En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando existe la posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determina esta Ley y otras disposiciones aplicables".

No obstante el lo, deseo informarle que **ACEPTO** con pleno conocimiento, sin presión alguna y toda libertad los riesgos inherentes a mi tratamiento y consecuentemente otorgo mi **CONSENTIMIENTO INFORMADO Y AUTORIZO** a los médicos, para que se realicen en mi persona los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios, entendiendo que los mismos van siempre encaminados éticamente al mejoramiento de mi salud.

Nombre y firma del Responsable del paciente

Nombre y firma o huella del paciente

TESTIGO

TESTIGO