



**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS
ESPECIALES (GRABACION DE AYUDAS AUDIOVISUALES)**

VERSION: 01

COD: GO-FT-002

Nombre Paciente: _____

Fecha: _____

Hora: _____

H.C.: _____

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento para que por intermedio de médicos en ejercicio legal de su profesión así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la entidad, se practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento médico:

2. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para llevar a acabo conductas o procedimientos médicos adicionales a los autorizados en el punto 1. Si en el concurso de la intervención o del procedimiento se llegare a presentar una situación advertida o imprevista que, a juicio del médico tratante, lo haga aconsejable.
3. El consentimiento y autorización que antecede, han sido otorgados, previa la evaluación que de mi estado de salud ha hecho el Hospital San José de Maicao o el Dr. _____
_____ Con el objeto de identificar mis condiciones clínico-patológicas, y previa la advertencia que dicho médico me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y riesgos que conlleva la intervención mencionada, en los términos con los cuales los ha consignado en la historia clínica, declaro que he recibido amplias explicaciones por parte del personal médico.
4. LA ESE HSJM, documenta (Grabación o uso de ayudas audiovisuales) los procedimientos de atención del parte, con la finalidad de realizar actividades pedagógicas que permitan la educación en servicios de sus profesionales en sus componentes de atención Obstétrica a la población indígena
5. Si usted lo permite, vamos a publicar la información que usted brinde, total o parcialmente, en la ESE HSJM y en medios de comunicación internos
6. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatomopatológicos (placenta), para entregar a la gestante y cumplir con los usos y costumbres de la etnia Wayuu.
7. Declaro que he sido advertido(a) por el Hospital San José de Maicao y por mi médico tratante en el sentido de que la práctica de una intervención o procedimiento médico, compromete una actividad médico de medios, pero no de resultados.
8. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste, contenida en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos lo suscribe.

Firma del Paciente

C.C. No.

Firma del Responsable

C.C: No.