



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL SAN JOSE DE MAICAO

CONSENTIMIENTO INFORMADO
INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS
ESPECIALES

VERSION: 02

COD: PQX-FT-008

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. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia, si es el caso, sea aplicada por un médico anesestesiólogo escogido sea por el hospital San José de Maicao, por el médico tratante o por mis familiares, y los autorizo para emplear el tipo de anestesia que consideren más aconsejable de acuerdo con mi condición clínico-patológica y al tipo de intervención que requiero. He sido advertido(a) por el medico anesestesiólogo, Dr. _____ sobre los riesgos que para mi caso comportan la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la Historia Clínica que he recibido explicaciones satisfactorias al respecto.
5. El Hospital San José de Maicao queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatomopatológicos cuya práctica solicito a mi costa.
6. 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.
7. 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.

Firma de Quien diligencia: _____