



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL DE
CIDENTE**

UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
**SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA
Y RECONSTRUCTIVA**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A _____ DEL 2010. GUADALAJARA, JALISCO.

YO _____ HE SIDO INFORMADO POR MI MÉDICO
TRATANTE,
EL DR. _____ QUE SOY PORTADOR DE UNA
ENFERMEDAD LLAMADA _____ QUE
PARA MI ESTUDIO Y TRATAMIENTO SE REQUIERE ME SOMETAN A PROCEDIMIENTO
QUIRÚRGICO:

Y ME FUE EXPLICADO A MI ENTERA SATISFACCIÓN QUE EL MENCIONADO
PROCEDIMIENTO TIENE RIESGOS, SIENDO LOS MÁS IMPORTANTES:

SÉ TAMBIÉN QUE DE NO ACEPTAR LOS PROCEDIMIENTOS ANTES SEÑALADOS SE
DETERIORARÁ MI CALIDAD DE VIDA EN LO FUTURO Y ESTO ME EXPONE A
COMPLICACIONES

SOY CONSCIENTE DE LA POSIBILIDAD DE COMPLICACIONES QUE SE PRESENTAN EN
CASOS COMO ESTE, EL QUE ESTOY ACEPTANDO, POR LO CUAL ESTOY DE ACUERDO EN
QUE SE TOMEN LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA MI MEJORÍA Y/O SOLUCIÓN.

SE ME EXPLICÓ MI PRONÓSTICO Y POR TAL MOTIVO ACEPTO LOS PROCEDIMIENTOS
PROPUESTOS Y EL RIESGO DE LOS MISMOS.

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO

NOMBRE Y FIRMA DEL TESTIGO