

- **Materia: LEGISLACION EN SALUD Y ENFERMERIA**
- **Carrera: LIC. EN ENFERMERIA**
- **8 ° Cuatrimestre:**
- **Alumno: LOURDES GOMEZ RAMIREZ**
- **~~Catedrático/a: CECILIA ZAMORANO RODRIGUEZ~~**

Unidad II

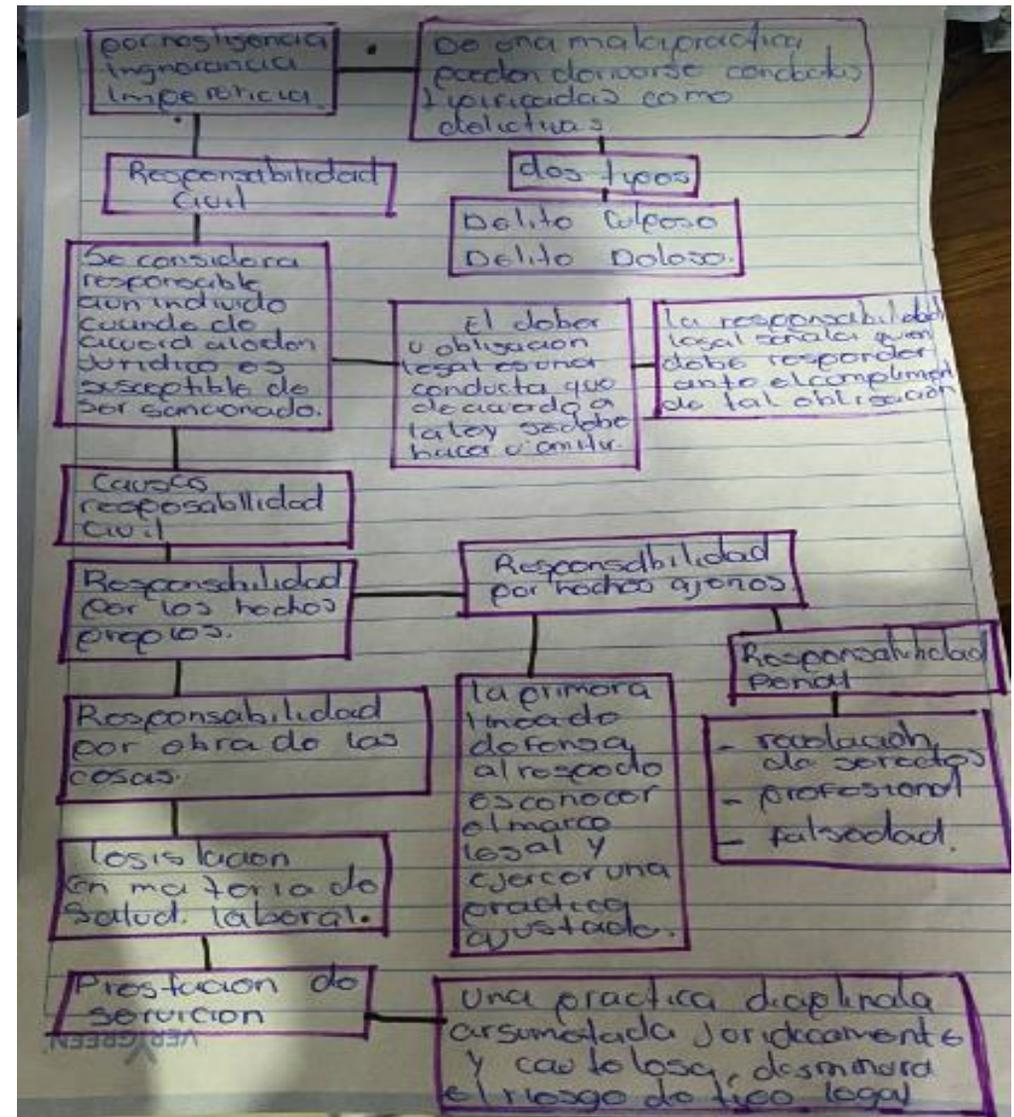
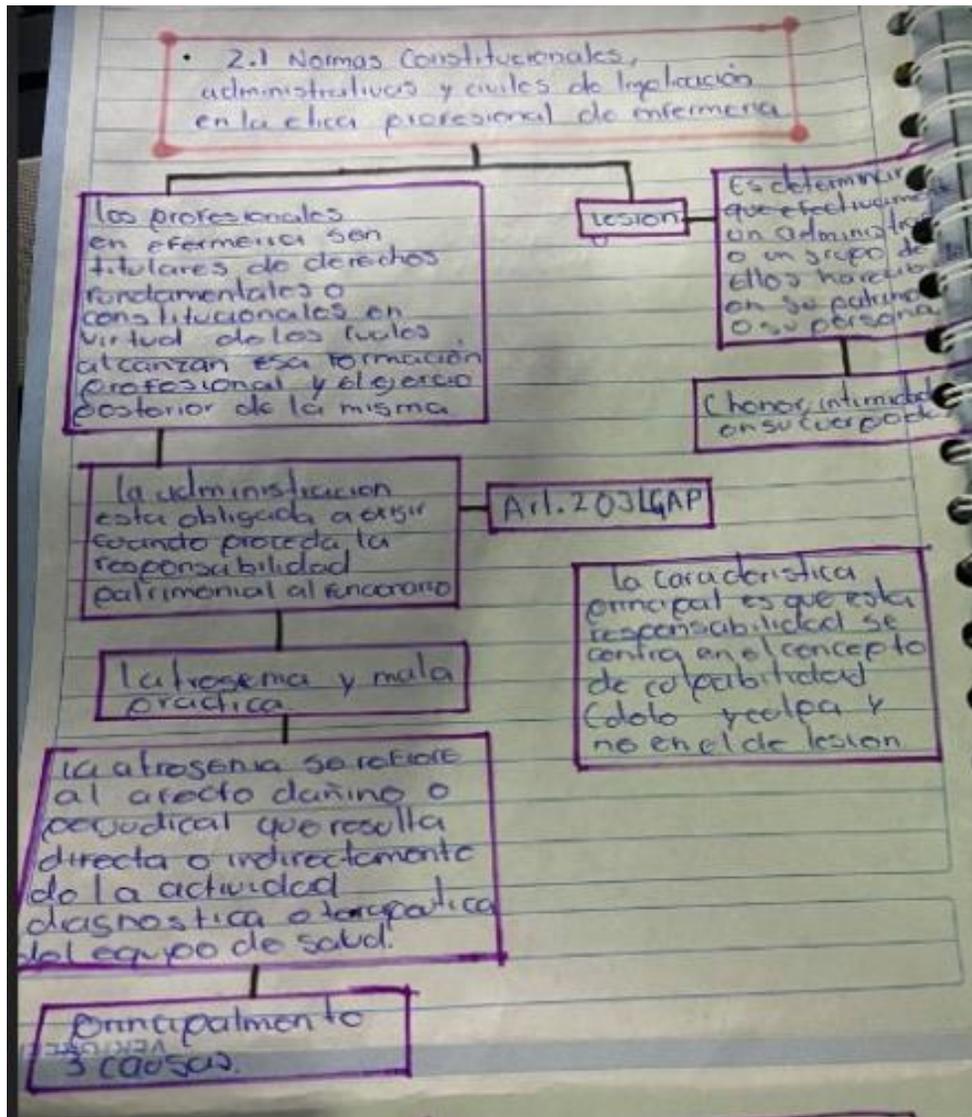
MAPA CONCEPTUAL

Bibliografía: <https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/libro/LEN/9b6b417b7b939f4a0d991b3bdf220ea1-LC-LEN803.pdf>

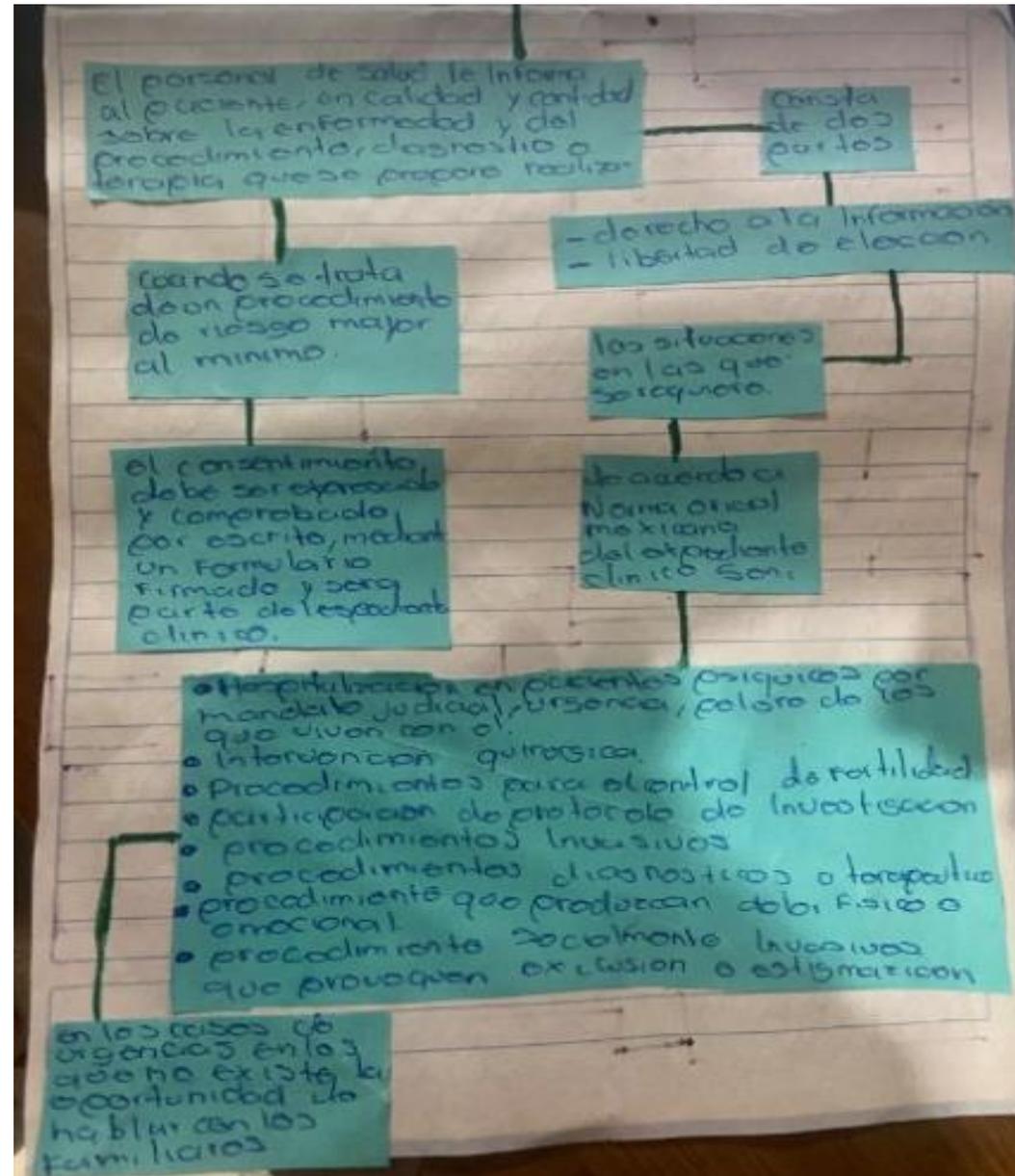
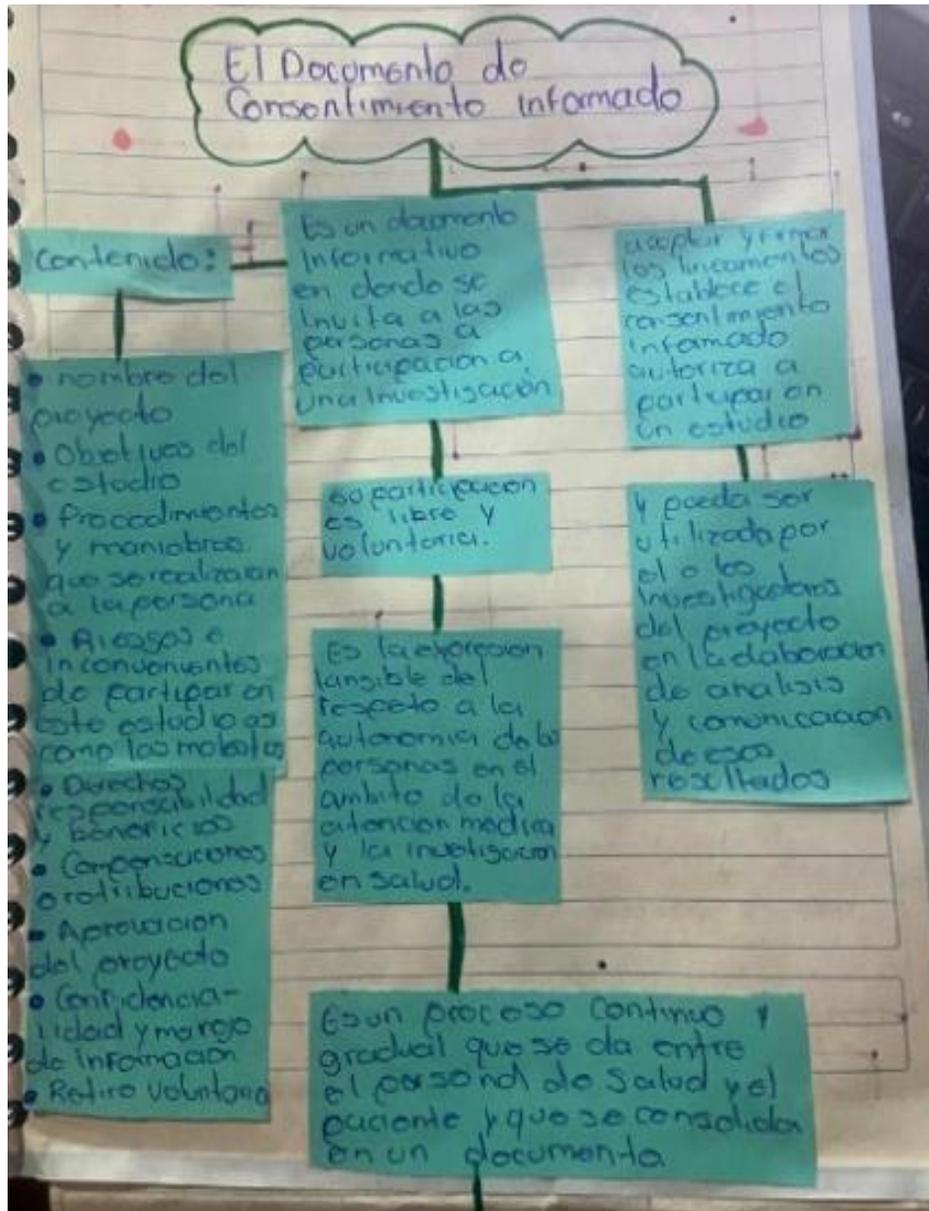
NORMATIVA PROFESIONAL

- 2.1. Normas constitucionales, administrativas y civiles de implicación en la ética profesional de enfermería
- 2.2. El documento de consentimiento informado
- 2.3. La imprudencia profesional
- 2.4. Regulación penal de aspectos relativos a la práctica y la ética profesional en enfermería

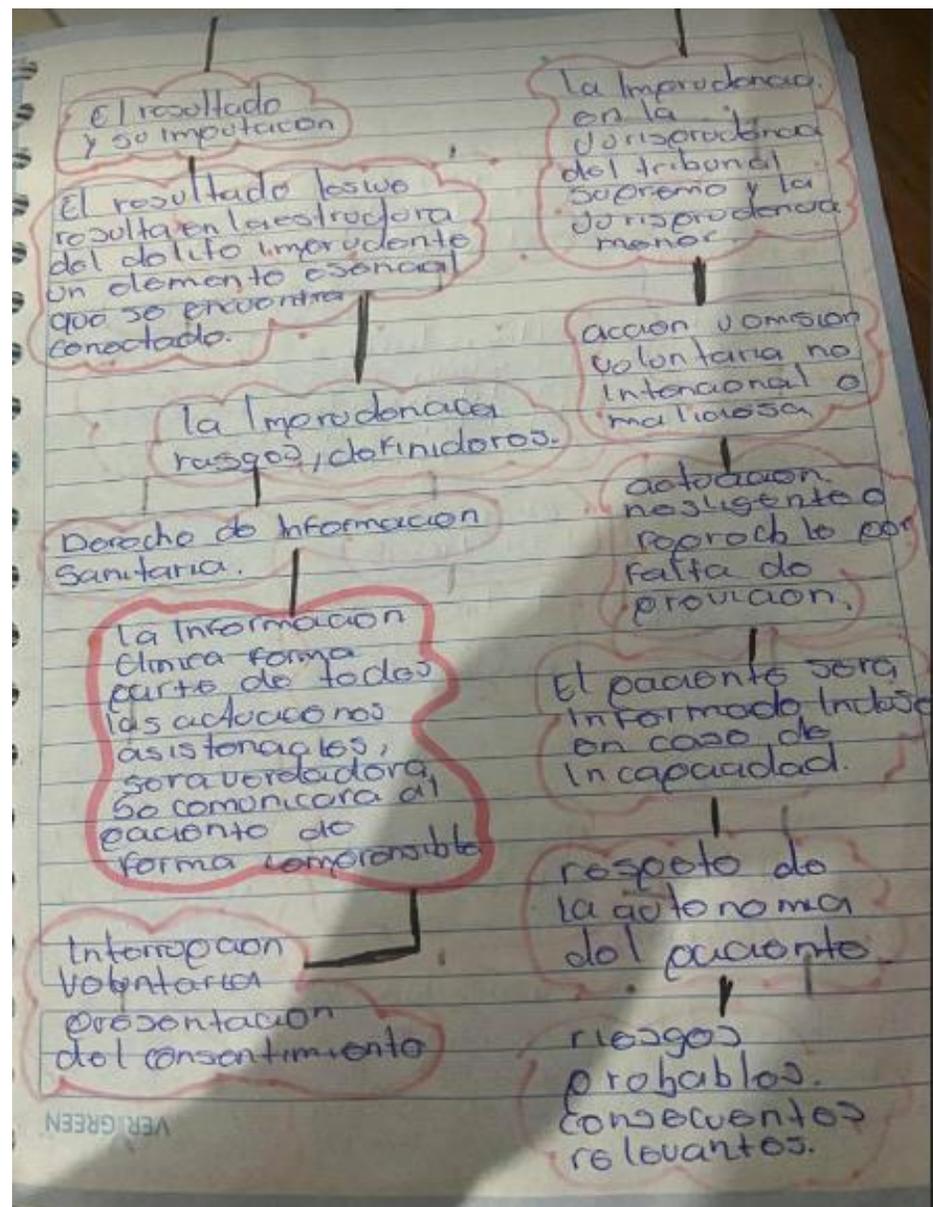
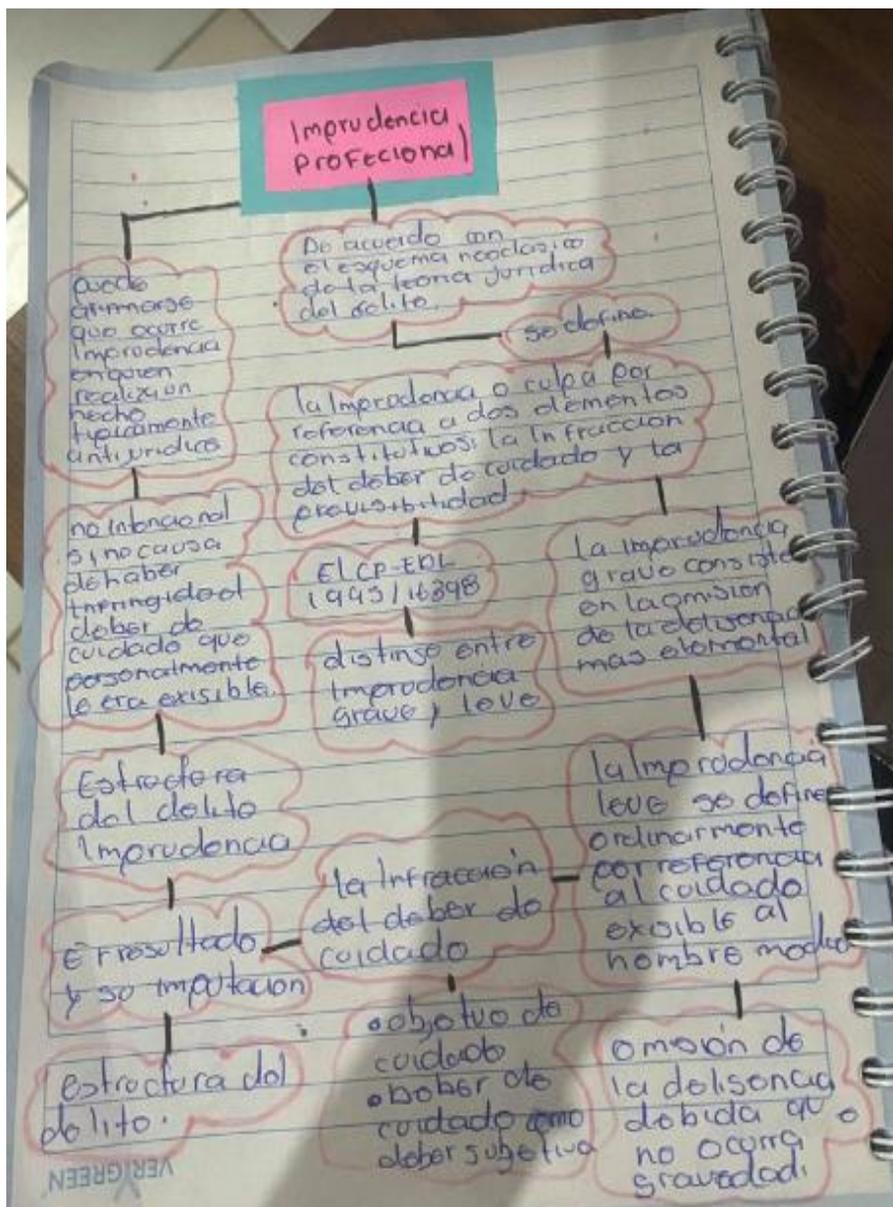
NORMAS CONSTITUCIONALES, ADMINISTRATIVAS Y CIVILES DE IMPLICACION EN LA ETICA PROFECIONAL DE LA ENFERMERIA



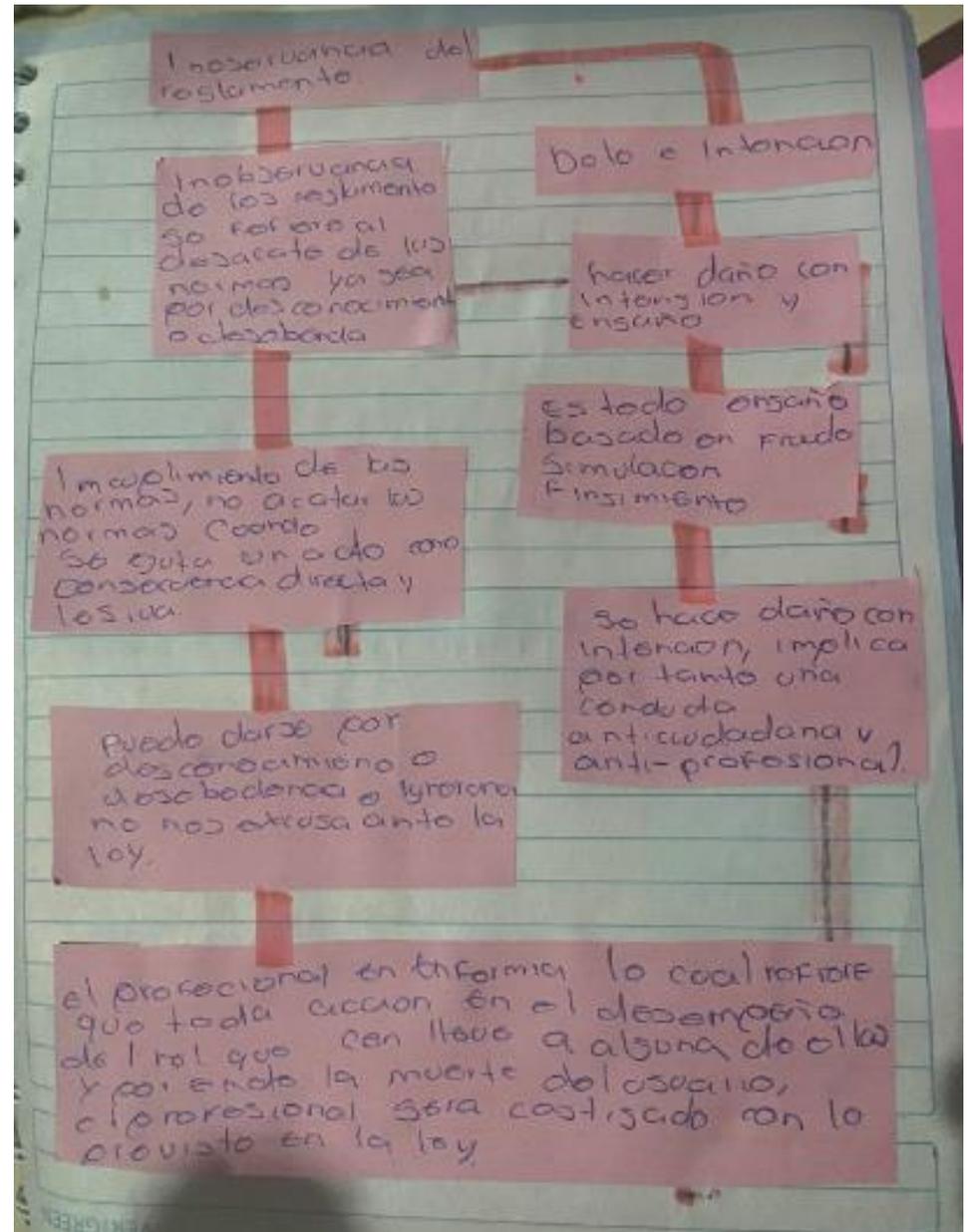
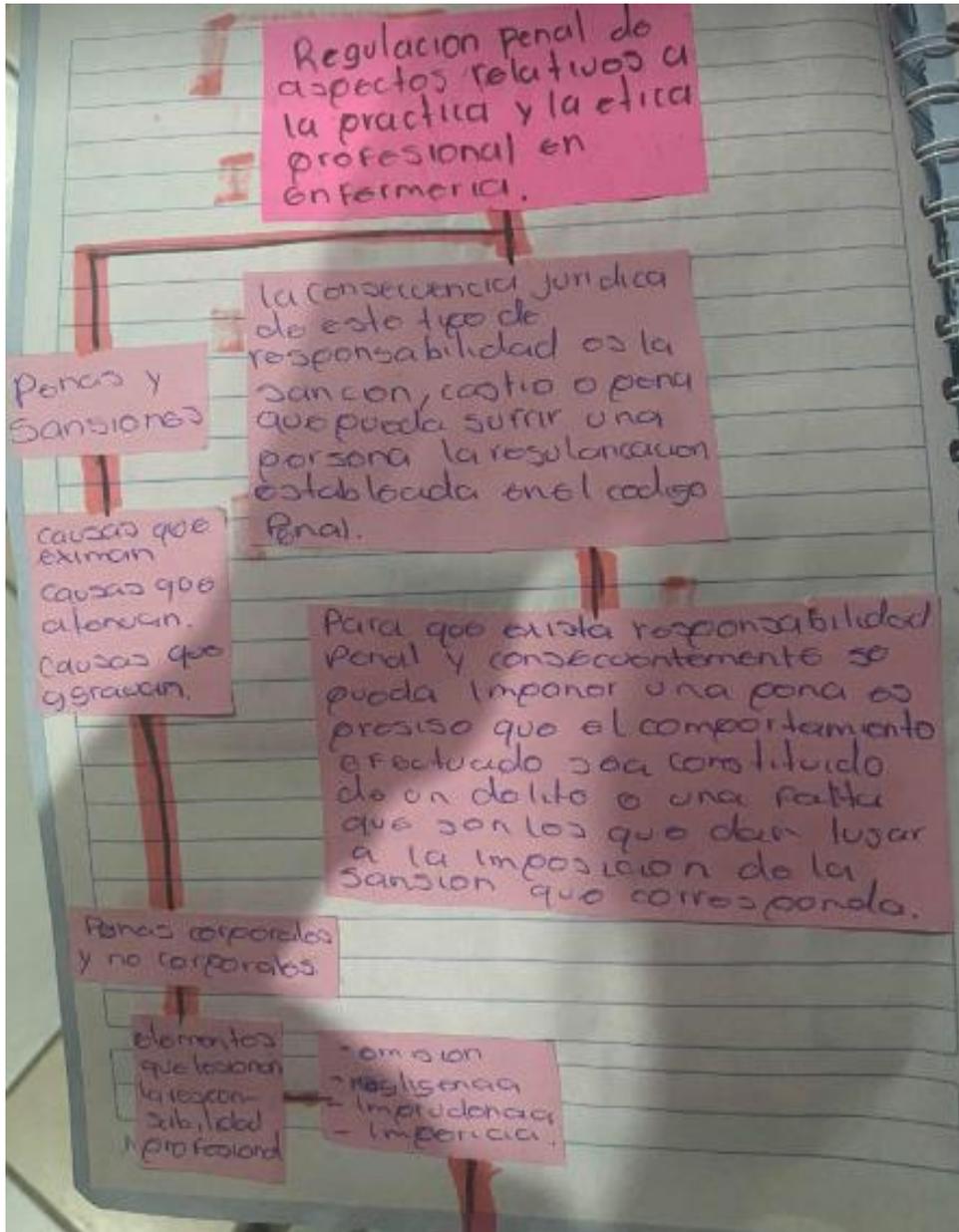
EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



LA IMPRUDENCIA PROFESIONAL



✚ REGULACIÓN PENAL DE ASPECTOS RELATIVOS A LA PRÁCTICA Y LA ÉTICA PROFESIONAL EN ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 11 N° 1 2001



**CONSULTA
GINECOLÓGICA**

(En cumplimiento del programa educativo de Sonjeto)

Lourdes Yselin Gómez Ramirez.
(Nombre completo)

En este acto médico, el(la) doctor(a) Doc. Hector Montes Garcia.
previo análisis de mis antecedentes, datos de la historia clínica y del examen físico, me ordenará exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté. Posteriormente me hablará del(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que considere idóneos para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de éstos.

Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Firma  
C.C. _____ de _____
Ciudad y fecha Motuzintla chiapas
12 / febrero / 2021