CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Basados en la ley 23 de 1981, conocida como Ley de Ética Médica en la cual se consagra el principio general de que ningún médico intervendrá ni clínica ni quirúrgicamente a un paciente sin obtener su previa autorización.

El Consentimiento Informado es una declaración de la voluntad emitida por el paciente, previo a la realización de la intervención y luego de recibir información suficiente sobre los beneficios, riesgos y alternativas del procedimiento médico o intervención quirúrgica que se le propone, escrito y firmado por médico y paciente en la Historia Clínica, de carácter permanente, aunque revocable por el paciente.

El médico responsable es el encargado de ejecutar el procedimiento, explicará en qué consiste, cuáles son los resultados esperados, tiempo estimado de intervención, días de hospitalización y complicaciones más frecuentes que se pueden producir. Tiene en cuenta que se debe dirigir al paciente con un lenguaje claro y entendible.

En caso que el paciente sea pediátrico o mentalmente impedido se le dará la información completa al adulto legalmente responsable.

El consentimiento informado tiene un formato que será diligenciado con los datos correspondientes al paciente, sin dejar espacios en blanco.

Este formato deberá ser firmado por el paciente o persona responsable, ya sea para su aceptación o rechazo, confirmando la comprensión de la información brindada. En la historia clínica del paciente se dejará constancia.

LA IMPORTANCIA DE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas.

El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.

Aquí daré un ejemplo de un documento de consentimiento informado en salud:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PARA (**Especialidad o procedimiento)

NOMBRE DEL PACIENTE: EDAD AÑOS. SEXO: FECHA: DOMICILIO:

 TEL.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE (Quién lo acompaña en este momento):

 EDAD AÑOS. RELACIÓN CON EL PACIENTE: DOMICILIO:

Yo

 , en pleno uso de mis facultades mentales y **en mi calidad de paciente**, o representante de este; identificándome con:

# DECLARO EN FORMA LIBRE Y VOLUNTARIA LO SIGUIENTE:

1. En base a mi derecho inalienable de elegir a mi médico**, acepto** al Dr.(a) , con cedula profesional y cédula de especialista como mi Médico , quién está avalado por y debidamente autorizado para ejercer la especialidad por las oficinas de Profesiones de Educación Pública Nacional
2. Entiendo que mi **DIAGNÓSTICO** es: Secundario ha:

Que requiere de **TRATAMIENTO (MEDICO Y/O QUIRÚRGICO)** llamado:

1. Me ha explicado que puede haber **RIESGOS** durante el procedimiento que aunque poco probables, son posibles, y pueden ser desde **leves**, tales como:

Hasta **severos** tales como:

1. El **BENEFICIO** que obtendré con este procedimiento es para intentar mejorar mi estado de salud.

Entiendo también que todo acto médico implica una serie de **RIESGOS descritos en la nota de valoración,** que pueden deberse a mi estado de salud, alteraciones congénitas o anatómicas que padezca, mis antecedentes de enfermedades, tratamientos actuales y previos o al procedimiento médico o quirúrgico al que he decidido someterme. Se me ha informado que al presentarse eventos adversos durante el procedimiento que pongan en riesgo mi vida o daño de algún órgano que pueda derivar en alguna incapacidad, el Médico podrá modificar la técnica del procedimiento o realizar otros procedimientos con el objetivo de preservar mi vida y limitar los daños.

(NOM 004 **10.1.4** En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica).

1. El médico tratante me ha explicado sobre otras **ALTERNATIVAS diagnósticas** o

**terapéuticas** que existen tale como:

Y me ha explicado las siguientes ventajas

por las que ha elegido este procedimiento entre todas. Me explico claramente, que es de carácter electivo urgente y he entendido los posibles riesgos y complicaciones de este procedimiento.

1. Estoy consciente de que puedo **requerir de tratamientos complementarios** que aumenten mi estancia hospitalaria. con la participación de otros servicios o unidades médicas, (con el incremento consecuente de los costos. (en atención privada))

# Se me ha informado que de no existir este documento en mi expediente, no se podrá llevar a cabo el procedimiento planeado.

1. En virtud de estar aclaradas todas mis dudas, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que en mi persona o representado, pueda realizar el procedimiento con los riesgos inherentes y autorizo al Médico para que de acuerdo a su criterio, cambie el procedimiento intentando con ello resolver cualquier situación que se presente durante el acto anestésico-quirúrgico o de acuerdo a mis condiciones físicas y / o emocionales.

# NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO NOMBRE Y FIRMA

**DEL PACIENTE O REPRESENTANTE**

# NOMBRE Y FIRMA TESTIGO NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

***NEGACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO***

Por la presente, **NIEGO** el consentimiento para que sean practicados en mi o en mi representado el procedimiento y lo que derive de ello, consciente de que he sido informado de las consecuencias posibles como resultado de esta negativa y los datos de alerta que de presentarse requieren de atención médica.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por

la

presente,

**REVOCO**

el

consentimiento

otorgado

en

la

fecha y es mi deseo no proseguir el manejo diagnóstico o terapéutico, que se indica en mi o en mi representado a partir de esta fecha . Se me ha informado de los riesgos que esto implica y los datos de alerta que debo vigilar para acudir a recibir atención médica. Relevando de toda responsabilidad al médico y/o Institución, toda vez que he entendido los alcances que conlleva esta revocación.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE