## **Formato de consentimiento informado**

[Coloca tu logo aquí]

**Fecha:**

[Fecha]

### **Consentimiento Informado**

**Nombre del Paciente:**

[Nombre del Paciente]

**Número de Identificación:**

[Número de Identificación]

**Nombre del Procedimiento:**

[Nombre del Procedimiento]

**Descripción del Procedimiento:**

[Descripción del Procedimiento]

**Riesgos y Complicaciones:**

[Riesgos y Complicaciones]

**Alternativas al Procedimiento:**

[Alternativas al Procedimiento]

**Beneficios Esperados:**

[Beneficios Esperados]

**Consentimiento:**

Yo, [Nombre del Paciente], he sido informado(a) de manera clara y comprensible acerca de la naturaleza y propósito del procedimiento mencionado. Entiendo los riesgos, complicaciones y alternativas presentadas. Acepto voluntariamente someterme al procedimiento.

**Firma del Paciente:**

[Firma del Paciente]

**Fecha de la Firma:**

[Fecha de la Firma]

**Firma del Profesional de Salud:**

[Firma del Profesional de Salud]

**Fecha de la Firma:**

[Fecha de la Firma]