

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]
