

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO MÉDICO

Yo \_\_\_\_\_, identificado (a) con la cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ estoy informado del proceso y tratamiento que se llevará a cabo con la intención de mejorar mi salud y bienestar a través de los tratamientos y procedimientos que se instauran en el plan de salud impuesto por mi médico tratante de los cuales estoy de acuerdo.

En mi calidad de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales en cumplimiento de la Ley N° 23 de 1981, por la cual se le informa al paciente, declaro haber recibido y entendido la información brindada de forma respetuosa y con claridad del médico sobre mi estado de salud, los riesgos reales y potenciales que se puedan presentar como consecuencia de la enfermedad de base que presento actualmente.

Por lo tanto en forma consciente y voluntaria, luego de haber escuchado la información y explicación por parte del médico tratante sin haber sido objeto de coacción o persuasión manifiesto que me considero satisfecho (a) con la información recibida y que comprendo la indicación, los beneficios, además de los riesgos y posibles complicaciones que podrían desencadenarse en el tiempo del tratamiento debido a mi enfermedad de base. En tales condiciones **OTORGO MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice el tratamiento dispuesto por el médico tratante.

Firma y sello de médico tratante  
R/M

\_\_\_\_\_

Firma del paciente  
N° documento:

\_\_\_\_\_

