



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROCEDIMIENTOS DE FRECUENCIA Y RIESGO VARIABLE  
SUBDIRECCIÓN DE SALUD

### INFORMACIÓN GENERAL

|                          |                               |                               |                               |                                                       |                                               |             |           |              |                            |                            |
|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------|-----------|--------------|----------------------------|----------------------------|
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO |                               |                               |                               | NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL PACIENTE                  |                                               |             |           | SEXO         | <input type="checkbox"/> F | <input type="checkbox"/> M |
| TIPO DE DOCUMENTO        | <input type="checkbox"/> T.I. | <input type="checkbox"/> C.C. | <input type="checkbox"/> R.C. | <input type="checkbox"/> C.E.                         | NÚMERO DEL DOCUMENTO                          | EXPEDIDA EN | DIRECCIÓN |              |                            |                            |
|                          | TELÉFONO(S)                   |                               |                               |                                                       | NOMBRE COMPLETO DEL ACUDIENTE Y/O ACOMPAÑANTE |             |           |              |                            |                            |
| PARENTESCO               |                               | TELÉFONO(S)                   |                               | NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN |                                               |             |           | ESPECIALIDAD |                            |                            |

Se ha puesto de presente al paciente toda la información relacionada con el procedimiento a realizar: El diagnóstico por el cual se va a llevar a cabo el mismo, en qué consiste el procedimiento, los riesgos tanto generales, como específicos, las complicaciones y las alternativas de tratamiento originadas o derivadas del mismo, tanto verbalmente como a través del anexo de riesgo (cuando aplique). Lo anterior en cumplimiento con las normas éticas exigidas al profesional de la salud en Colombia señaladas entre otras, por la ley 23 de 1981 y el decreto 13437 de 1991. No obstante teniendo en cuenta la información suministrada por el paciente en la historia clínica pueden haber riesgos adicionales como:

Al firmar este documento reconozco que he leído o se me ha leído la información, se me ha explicado suficientemente, y que comprendo perfectamente lo contenido en el anexo de riesgo (cuando aplique), así como en este formato. Se me ha dado la oportunidad de formular preguntas, las cuales han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. He comprendido dicha información, los riesgos posibles y remotos, los riesgos relacionados con mis circunstancias personales y mis condiciones particulares en salud. Entiendo, como se me ha expresado, que no todos los riesgos son previsibles, pero desde ya los asumo en su totalidad. Se me ha explicado de otras posibles alternativas y las consecuencias que se pueden derivar de mi negativa, como también de que en el curso del procedimiento o con posteridad a él, pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran procedimientos adicionales, para lo cual estoy de acuerdo en su realización según se juzgue necesario, en pro de mantener la vida.

Me comprometo a cumplir con las instrucciones y recomendaciones recibidas del personal asistencial, para contribuir a minimizar los riesgos del procedimiento.

## CONSENTIMIENTO

Considerando lo anterior, **SI** ☐ **NO** ☐ doy consentimiento para la práctica del procedimiento que se me propone y los procedimientos que eventualmente puedan sobrevenir derivados del mismo. De igual forma **SI** ☐ **NO** ☐ autorizó la transfusión sanguínea en caso de ser necesario.

|                                                     |                            |                       |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| LUGAR                                               | D M A<br>FECHA             | HORA                  |
| NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL PACIENTE                | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA DEL PACIENTE    |
| NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL     | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA                 |
| NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL PROFESIONAL QUE INFORMA | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA DEL PROFESIONAL |

## RENUNCIA A LA INFORMACIÓN

He decidido renunciar a la información del procedimiento que se me va a practicar y delego a \_\_\_\_\_, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_, para tomar las decisiones relacionadas con mi estado de salud incluido el de dar mi consentimiento y autorización para la práctica del procedimiento.

|                                                     |                            |                       |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| LUGAR                                               | D M A<br>FECHA             | HORA                  |
| NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL PACIENTE                | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA DEL PACIENTE    |
| NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL     | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA                 |
| NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL PROFESIONAL QUE INFORMA | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA DEL PROFESIONAL |

## REVOCACIÓN

He decidido **REVOCAR** el consentimiento firmado el día \_\_\_\_\_ y **NO** deseo proseguir con el tratamiento que doy por finalizado.

|                                                     |                            |                       |
|-----------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
| LUGAR                                               | D M A<br>FECHA             | HORA                  |
| NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL PACIENTE                | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA DEL PACIENTE    |
| NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL     | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA                 |
| NOMBRE(S) Y APELLIDO(S) DEL PROFESIONAL QUE INFORMA | No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD | FIRMA DEL PROFESIONAL |