


Código: CMS-F-CX-047	<b>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
Versión N°		
Vigente desde		

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Fecha de toma del consentimiento: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar de toma del consentimiento: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_

Identificado con \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Con diagnóstico de \_\_\_\_\_

Mediante el presente documento legal certifico que he sido informado por parte del Médico Tratante, el Doctor \_\_\_\_\_ sobre la siguiente actividad, intervención, procedimiento especial o tratamiento que requiero:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_


y se me ha informado de igual manera que este procedimiento o servicio es integral y puede generar, entre otros, los siguientes efectos secundarios o colaterales, las siguientes complicaciones y también se me ha informado sobre la existencia de riesgos que se pueden presentar incluso bajo condiciones de atención adecuada:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Se me ha informado amplia y suficientemente sobre las alternativas de tratamiento al actualmente descrito, las cuales son:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Dejo constancia de que he sido informado del derecho que me asiste de rechazar la realización del procedimiento, actividad o plan de tratamiento y de que he sido instruido sobre el hecho de que este documento es legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y Códigos de ética de cada Profesión de la Salud estipulada de la siguiente manera: **Medicina:** Ley 23 de 1981, capítulos I,II,III. **Enfermería:** Ley 911 de 2004 **Bacteriología:** Ley 841 de 2003, Título I,IV. **Terapia Respiratoria:** Ley 1240 de 2008 título I, así como de la norma de manejo de la Historia Clínica Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 13437 de 1991, donde se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

Código: CMS-F-CX-047	<b>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
Versión N°		
Vigente desde		

Por lo anterior autorizo a: \_\_\_\_\_  
 Profesional en \_\_\_\_\_ y a la Clínica Medihelp para que  
 se me realice el procedimiento, actividad, intervención o Plan de Tratamiento propuesto.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Represente Legal**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Profesional**

Nombre: \_\_\_\_\_ Registro Profesional: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

**NO ACEPTACION:** En consideración a la información recibida y descrita anteriormente he tomado la decisión de **NO ACEPTAR, RECHAZAR Y NO AUTORIZAR** la actividad, intervención o plan de tratamiento propuesto, declarando que he sido instruido amplia y suficientemente sobre las probables consecuencias sobre la salud y la vida, las cuales pueden ser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Represente Legal**

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_


Documento de identidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Profesional**

Nombre: \_\_\_\_\_ Registro Profesional: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: \_\_\_\_\_

Dada en: \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Código: CMS-F-CX-047	<b>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
Versión N°		
Vigente desde		