

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifestación de conformidad del paciente con la explicación

Yo, _____, mayor de edad, identificado(a) como aparece al pie de mi firma en este documento, en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole y con pleno conocimiento no solo de mi estado de salud sino igualmente de las alternativas de tratamiento actuales propuestas, incluyendo riesgos potenciales y beneficios de las mismas, declaro que he recibido toda la información e ilustración pertinente del personal de salud y que he tenido ocasión de preguntar así como de resolver en forma completa y satisfactoria todas mis inquietudes con respecto al tratamiento propuesto. De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado, autorizo a la institución a que me sea realizado el estudio indicado por el médico responsable de mi atención.

Firma del paciente: _____ Cédula: _____

Consentimiento padres y/o representante legal

Yo (nosotros) _____, actuando en mi (nuestra) calidad de _____ del paciente, en pleno uso de mis (nuestras) facultades mentales, declaro que he (hemos) recibido toda la información e ilustración pertinente del personal de salud y que he (hemos) tenido ocasión de preguntar y resolver de forma completa y satisfactoria todas mis (nuestras) inquietudes con respecto al tratamiento propuesto. De conformidad plena, autorizo a la institución a realizar el estudio indicado.

No asentimiento del paciente, padre(s) y/o representante legal

Habiendo sido completamente informado(s) de los riesgos y beneficios del procedimiento propuesto, declaro que en forma voluntaria y con pleno conocimiento de los riesgos que asumo, he (hemos) decidido no realizar el mismo.

Este documento es informativo y será firmado de forma física en las instalaciones del laboratorio.