	NOMBRE		CÓDIGO
	HISTORIA CLÍNICA: CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO GENERAL		06-FT-042
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 006

Procedimiento, intervención quirúrgica o tratamiento a realizar _____

Riesgos, efectos secundarios y/o posibles complicaciones (los más frecuentes, potencialmente serios y los más graves) que se pueden presentar durante el procedimiento, intervención o tratamiento a realizar

Como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y en cumplimiento de la ley.

YO _____ identificado con C.C: ___ TI: ___ C.E ___ No. _____

(En caso de paciente menor de edad, con alteración del estado de conciencia, discapacidad cognitiva, trastorno mental o declarado como in capaz) YO _____ identificado con C.C: ___ TI: ___ C.E ___ No. _____

En pleno uso de mis facultades intelectuales, libre de todo apremio y con el criterio suficiente para juzgar los riesgos antes mencionados. Manifiesto que, por parte del médico cirujano, anestesiólogo o funcionario de salud tratante, cuyos nombres y firmas constan al finalizar el documento, se me ha suministrado información en lenguaje claro y sencillo acerca de:

- El diagnóstico, características, evolución y riesgos de mi/su enfermedad.
- La necesidad y propósito del tratamiento o intervención que se me/le realizará, así como las alternativas de tratamiento.
- Las probabilidades de éxito o fracaso del tratamiento y/o procedimiento.
- Mi/Su derecho a que se respete la decisión de aceptar o rechazar el tratamiento o intervención quirúrgica, y poder continuar recibiendo atención en caso de requerirla.
- El deber de seguir con Mis/Sus cuidados que se han informado deben tenerse antes y después del procedimiento quirúrgico.
- Que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea realizada la intervención quirúrgica.

¿Se trata de un Procedimiento con Radiación Ionizante? SI _____ NO _____

Dentro de los posibles riesgos de exposición a radiación ionizante están: malformaciones fetales en caso de estar embarazada (y no haberlo notificado), lesiones en piel, inducción a mutaciones en el tejido, entre otros.

Cree estar en embarazo: si (___) no (___) N/A: (___)

Por último, se me dio la oportunidad de preguntar y mis dudas han sido resueltas en su totalidad.

___ **SI** Autorizo a los médicos, y a los ayudantes de su elección, a realizar la intervención quirúrgica. Así mismo, si en el momento del procedimiento surgiera alguna complicación o imprevisto, podrán realizar todos los procedimientos adicionales que puedan requerirse en el momento de su ejecución, con el fin de restablecer mi salud por intermedio del ejercicio legal de su profesión y con el apoyo de otro profesional, si se requiere. Así mismo acepto que es mi responsabilidad asumir el costo de los tratamientos o procedimientos tendientes al mejoramiento de mi salud que se encuentran excluidos en el Plan del cual soy beneficiario.

___ **NO** Autorizo a los médicos, y a los ayudantes de su elección, a realizar la intervención quirúrgica y me hago responsable de las posibles consecuencias que esto puede traer.

Para constancia, firma el presente documento:

FECHA: D ___ M ___ A ___


FIRMA PACIENTE

FIRMA Y REGISTRO CIRUJANO

FECHA: D ___ M ___ A ___

FIRMA REPRESENTANTE DEL PACIENTE

FIRMA Y REGISTRO ANESTESIÓLOGO

	NOMBRE		CÓDIGO
	HISTORIA CLÍNICA: CONSENTIMIENTO Y DISENTIMIENTO INFORMADO GENERAL		06-FT-042
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 006

DERECHOS DEL PACIENTE

- Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país
- Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve.
- También su derecho a que el, sus familiares o sus representantes en caso de inconsistencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.
- Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones que tenga sobre la enfermedad que sufre.
- Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, solo con su autorización, puedan ser conocidos.
- Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.
- Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no condicionados al pago anticipado de honorarios
- Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.
- Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por el personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsible e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.
- Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean trasplantados a otros enfermos.
- Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso.

DEBERES DEL PACIENTE

- Cuidar integralmente su salud y seguir las recomendaciones de su médico tratante.
- Afiliarse con su familia al sistema general de seguridad social en salud y presentar todos los documentos para realizar el trámite de admisión, verificación de derechos y facturación de los servicios prestados.
- Informar al personal médico de manera veraz, clara y completa su estado de salud
- Cumplir con las normas establecidas en la institución, hacer uso adecuado de sus recursos.
- Contribuir al cuidado del medio ambiente y cumplir con la correcta clasificación de los residuos hospitalarios.
- Adoptar las medidas de seguridad según lineamientos dados por el personal médico asistencial que lo atiende.
- Informar sobre irregularidades que perciba durante su permanencia en la institución.
- Firma los consentimientos de procedimientos una vez tenga clara la información acerca del mismo.
- Informar al médico o al personal de servicio, si padece alergias a medicamentos, si ha sido tratado en otra institución o si profesa algún culto que impida realizar algún tipo de tratamiento.
- Expresar por escrito su voluntad de no aceptar el tratamiento indicado y/o firmar el acta de retiro voluntario de la institución.
- No fumar ni consumir bebidas embriagantes o sustancias psicoactivas-alucinógenas dentro de la institución.