

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS URGENCIAS	Código: UR-F-008
		Versión: 01
		Fecha: Septiembre 2026

Fecha		Hora		AM	PM	Sede	
Nombre:							
Edad		No de documento de identificación				NUMERO HC	
Nombre del Representante Legal(en caso de menores o persona incapaces)							

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO

Inserción de catéteres		Reducción de fracturas	
Inserción de sondas y sistema de drenaje		Suturas	
Prueba de sensibilidad a medicamentos		Enema	
Onicectomia		Aplicación de medicamentos especiales	
Cauterización		Extracciones de cuerpo extraño	
Extracción de cuerpo extraño		Inmovilización con yeso	
Curaciones		Drenaje de absceso	
Otros:		Drenaje de hematoma	
Cual:			

DECLARACIÓN DEL PACIENTE:

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han mencionado los posibles riesgos y complicaciones, así como las otras alternativas de tratamiento. Soy consciente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento.

Comprendo perfectamente que el procedimiento va a consistir en lo siguiente:

Los posibles riesgos más importantes son: (marque con una x)

Sangrado		Nauseas, vomito	
Infección		Broncoaspiración	
Equimosis		Alergia a medicamento	
Trauma		Shock anafiláctico	
Laceración		Embolia gaseosa	
Perforación de		Otros	
Dolor		Cuáles:	

Doy mi consentimiento para que se me efectúe el procedimiento descrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Firma del paciente: _____

CC: _____

Elaboró: Equipo de Salud	Revisó: Equipo de Calidad	Aprobó: Gerencia
Fecha: Septiembre 2011	Fecha: Septiembre 2011	Fecha: Septiembre 2011

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS URGENCIAS	Código: UR-F-008
		Versión: 01
		Fecha: Septiembre 2026

DECLARACIONES Y FIRMAS

He informado al paciente del propósito y naturaleza del procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, posibles riesgos y de los resultados que se esperan.

Nombre del profesional _____
Firma _____ documento _____

EN CASO DE MENOR DE EDAD O CONDICIÓN QUE NO PERMITA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL PACIENTE

Sé que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento arriba descrito. El profesional me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se hace y para qué sirve este procedimiento, también me ha explicado sus riesgos y complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente y por ello yo _____ con documento de identidad No _____ doy mi consentimiento para que el profesional realice este procedimiento. Puedo revocar este consentimiento cuando bien el paciente lo presuma oportuno.

Nombre del familiar: _____ Parentesco _____
Firma _____ documento _____

DESISTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ certifico que me han explicado ampliamente el tipo de procedimiento que se me realizará, al igual que los riesgos y posibles complicaciones a las que me someto por la no realización del procedimiento, las cuales pueden ser:

Declaro que he decidido conscientemente no someterme al procedimiento sugerido.

Nombre del paciente: _____
Documento de Identidad: _____
Firma: _____ **Huella: (si no sabe leer y/o escribir):** _____

Nombre del Testigo: _____
Documento de Identidad: _____
Firma: _____ **Huella: (si no sabe leer y/o escribir):** _____

Nombre del profesional: _____
Documento de Identidad: _____
Firma y sello: _____

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS URGENCIAS	Código: UR-F-008
		Versión: 01
		Fecha: Septiembre 2026