FECHA: _____

CENTRO MÉDICO DEL NOROESTE S.A. DE C.V.
AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Nombre del paciente

Al paciente o sus familiares:

Usted (es) como paciente (s) tiene (n) el derecho de ser informado (s) acerca de su (s) condición (es) y del procedimiento (s) médico (s), quirúrgico (s) o del diagnóstico recomendado (s) a emplearse para que usted (es) pueda (n) tomar la decisión de aceptar o no el procedimiento teniendo conocimiento de los riesgos que implica (n). No se le (s) proporciona ésta información con el fin de asustarle(s) o alarmarle (s), simplemente tiene por objeto informarle (s) lo mejor posible para que pueda (n) dar o negar su consentimiento bajo pleno conocimiento. El tipo de procedimiento y/o medicamentos que se deciden usar son cuidadosamente seleccionados en base a las características individuales de cada paciente. La seguridad de tales procedimientos y/o medicamentos es alta; sin embargo, existen reportes internacionales de reacciones secundarias o respuestas imprevisibles y exageradas que dependen de otras enfermedades interrecurrentes así como de idiosincrasia. **ES SU DERECHO PREGUNTAR Y QUE SE LE (S) EXPLIQUE (N) CLARAMENTE TALES PROCEDIMIENTOS Y/O MEDICAMENTOS, ASI COMO LOS POSIBLES EFECTOS ADVERSOS.**

1.- Yo (nosotros) le (s) solicit(o)(amos) al Dr(a). _____ médico responsable de mí (nuestro) paciente, a sus socios, asistentes técnicos y otros colaboradores en el área de la salud que sean necesarios, que proporcionen el tratamiento médico y/o quirúrgico requerido para mi (su) atención.

2.- Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que el médico puede encontrar otros problemas o alteraciones distintas al motivo principal de esta solicitud de atención y autorización de servicios y que pueden requerir procedimientos adicionales o bien, distintos a los programados. Yo (nosotros) le (s) autorizo (autorizamos) al médico, a sus asociados, asistentes técnicos y otros colaboradores en el área de la salud a llevar a cabo los demás procedimientos y/o tratamientos que según su juicio profesional sean apropiados, inclusive a administrar medicamentos anestésicos cuidadosamente seleccionados en cada caso y sangre o sus productos derivados si así lo consideran necesario, y entiendo (entendemos) que la respuesta a los medicamentos y/o tratamientos pueden variar dependiendo de cada organismo sin que esto pueda ser predecible.

3.- Yo (nosotros) le autorizo (autorizamos) al médico, a tomar fotografías o videotape para el expediente clínico. Además, autorizo (autorizamos) el empleo de dichas fotografías o videotape sin identificación por nombre, para la investigación y el estudio de la medicina.

4.- Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) la presencia de observadores durante los procedimientos, según aprobación del médico responsable para fines de estudio.

5.- Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que no se me (nos) ha ofrecido garantía alguna respecto a resultados o curaciones.

6.- Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que mi problema (el problema de nuestro familiar) implica riesgos y peligros en mi (su) condición actual sin tratamiento y así mismo, el que existen riesgos y peligros relacionados con la ejecución del (los) procedimiento (s) médico (s), quirúrgico (s) y/o de diagnóstico programado (s).

7.- Yo (nosotros) entiendo (entendemos) que los servicios prestados por el médico, asociados y asistentes técnicos implican honorarios, y me (nos) comprometo (compromentemos) a liquidarlos en su totalidad al así requerirse en la fecha del alta del paciente.

8.- Yo (nosotros) autorizo (autorizamos) que este documento sea archivado como papel, electrónicamente o en sistemas de cómputo, y lo reconozco (reconocemos) como original y auténtico, siendo mi (nuestra) firma la que aparece al calce.

Firma del paciente	Razón por la que no puede firmar	
Responsable del paciente	Firma del responsable del paciente	Parentesco
Testigo	Firma del testigo	Parentesco

*ESTE DOCUMENTO DA CUMPLIMIENTO AL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA EN SU CAPÍTULO IV ART. 80

Clínica del Noroeste
El hospital de los Sonorenses

CENTRO MÉDICO DEL NOROESTE S.A. DE C.V.

LUIS DONALDO COLOSIO #23 COL. CENTRO HERMOSILLO, SONORA
CMN681016224

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

HERMOSILLO, Horas:

Nombre del paciente:

Número de expediente:

Edad:

Identificado con: _____

Nombre del familiar responsable: _____

Identificado con: _____

Representante legal: _____

Identificado con: _____

Por medio de la presente me permito solicitar mi ingreso a esta institución médica y de servicios hospitalarios en los términos de los artículos 228, 229 del Código Penal Federal, liberando a la Institución y a sus integrantes de la responsabilidad en caso fortuito o fuerza mayor en los términos de los artículos 1915 y 1918, del Código Civil Federal, de aplicación en toda la República. Así mismo me someto expresamente a aceptar la intervención de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para dirimir cualquier posible diferendo con la relación a la atención recibida o servicio por conducto de esta Institución o sus médicos y personal integrado.

Autorizo expresamente al Dr.(a)_____
para que en busca de mi bienestar y salud, realice el (los) siguiente (s) procedimientos:

_____

_____

_____

Toda vez que se hace de mi conocimiento los riesgos específicos del acto médico autorizado los cuales son:

_____

_____

_____

Beneficios:_____

_____

Posibles alternativas: _____

_____

Así mismo autorizo al personal de salud de la Institución para la atención de contingencias y urgencias que derivadas del acto autorizado se pudiesen presentar.

Nombre y firma del paciente, familiar o representante legal

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del testigo

Nota: Se suscribe el presente documento con fundamento en la Ley General de Salud en sus artículos 61, Fracción I y II, 67 y 68, Fracción I y II. En el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica en sus artículos 80,81,82y 83.
Así mismo en las Normas Oficiales Mexicanas: NOM-007-SSA2-1993, NOM-005-SSA21993, NOM-004-SSA3-2012 Y LA NOM-170-SSA1-1998.

FECHA:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO MÉDICO DEL NOROESTE S.A. DE C.V.

Nombre del paciente: _____

Testífico que el Doctor: _____

Me ha proporcionado la siguiente información:

LA ANESTESIA GENERAL, nos permite realizar la cirugía y/o algún procedimiento que requiera anestesia sin dolor, suprimiendo la consistencia, mediante la administración de anestésicos por vía intravenosa, inhalatoria o combinados.
Siempre que se administra anestesia general el paciente contará con una línea IV permeable (suero); y se administra oxígeno suplementario por medio de mascarilla o por un tubo endotraqueal.

LA ANESTESIA LOCAL Y/O REGIONAL, tiene como objetvo anestesiar por interrupción de la trasmisión del dolor de los nervios periféricos implicados en la zona quirúrgica, mediante la inyección de un anestésico en la zona donde se opera, en el espacio epidural o intrarraquídeo (espalda), a través de una aguja y/o catéter colocado en dicho espacio. Esta técnica permite al paciente estar despierto, evitando algunas complicaciones derivadas de la anestesia general.

Todo acto anestésico-quirúrgico lleva implícito la posibilidad de complicaciones mayores o menores que puedan requerir medicamentos complementarios, médicos quirúrgicos, que aumenten su estancia hospitalaria. Dichas complicaciones unas veces son derivadas directamente de la propia técnica anestésica, pero otras dependerán del procedimiento quirúrgico, del estado previo del paciente y de los tratamientos que esté recibiendo o de las posibles anomalías anatómicas y/o de la utlización de equipo médico. No esperamos que esto ocurra y siempre somos muy cuidadosos tratando de evitar que ocurran, pero aun así, en ocasiones muy excepcionales sí ocurren. De acuerdo con la ley nosotros debemos informarle acerca de las posibles complicaciones.

Entre las complicaciones que puedan surgir en una anestesia general se encuentran: garganta inflamada, naúseas, vómito, dolor de cabeza, dientes rotos, ronquera, somnolencia, dolores musculares y fatiga, cambio de la presión arterial arritmias (latido irregular del corazón), paro cardio respiratorio, infarto, reacciones alérgicas, trombo embolismo, difcultad para administrar oxígeno (obstrucción de la vía aérea, bronco espasmo), neumonitis por aspiración (respiración del vómito), insuficiencia renal, coma irreversible y muerte.

En una anestesia local y/o regional pueden surgir las siguientes complicaciones: cambios de la presión arterial, naúseas, vómito, cefaleas de mayor y menor intensidad, retención urinaria, toxicidad a los anestésicos, reacciones alérgicas, dolores de espalda, convulsiones, infección ido, hemorragia local, neuropatas, hematomas, abscesos, reacciones meníngeas, paro cardio respiratorio, coma irreversible y muerte.

Además debe saber que, una vez realizada esta técnica anestésica, puede ser necesario practicar anestesia por motivos médicos, o porque las molestias del paciente así lo requieran.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que les he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentmiento que ahora doy.

Por ello manifesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones CONSIENTO que se me administre ANESTESIA.

Hermosillo, Sonora, a _____ de _____ de _____.

_____
MÉDICO ANESTESIÓLOGO

_____
PACIENTE O
REPRESENTANTE LEGAL