



Letter of Informed Consent

Mexico City, _____

Chief Complaint: _____

Name of Patient: _____ Age: _____

_____ Date of Birth: _____

Identification Number (if exists): _____

Identified with (document): _____

Name of the party accompanying patient: _____

Relationship to patient: _____

Identified with (document): _____

Legal party (in case the patient is a minor): _____

Identified with (document): _____

I, hereby, state that the doctor in charge has answered all the questions I have raised and has sufficiently and clearly explained to me in simple language the proposed management plan, which consists of: _____

For the purpose and benefits of: _____

The doctor also informed me that every diagnostic and/or therapeutic medical act implies possible risks of major or minor complications that could increase the treatment time and/or require complementary treatments.

The most frequent complications that can arise are: _____

It has also been explained to me that the medical literature may insinuate some medical complications that were not exposed in this document due to their low probability.

I have been told of other possible alternatives to the suggested therapy/procedure: _____

I declare that I have understood the explanations given to me, and the doctor who has treated me made all the observations and clarified all the doubts I have raised. Likewise, I authorize the health personnel who treated me to take the necessary measures in case of an emergency.

I also understand that at any time and without giving any explanation, I can revoke the consent that I now grant.

Therefore, I state that I am satisfied with the information received, and I understand the scope of the risks of the treatment and/or procedures to be carried out.

Name and Signature of Patient

Name and Signature of Witness

Name and Signature of Treating Physician



Carta de consentimiento informado

Ciudad de México a _____

Motivo del consentimiento: _____

Nombre del Paciente: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

No. de identificación (si existe): _____

Identificado con: _____

Nombre del acompañante responsable: _____

Parentesco: _____

Identificado con: _____

Responsable legal (en caso de paciente menor de edad): _____

Identificado con: _____

Manifiesto en la presente que el médico encargado ha respondido a todas las preguntas que le he planteado y me ha explicado con lenguaje simple y de forma suficientemente clara el plan de manejo propuesto, que consiste en: _____

Con el objetivo de (beneficios): _____

También me informó que todo acto médico de diagnóstico y/o terapéutico, lleva implícito posibles riesgos de complicaciones mayores o menores que podrían aumentar el tiempo de tratamiento y/o requerir tratamientos complementarios.

Las complicaciones más frecuentes que pueden surgir son: _____

Se me ha explicado además que la literatura médica puede contemplar algunas complicaciones médicas que por su baja probabilidad no fueron expuestas en el presente documento.

Se me ha comentado de otras posibles alternativas a la terapéutica/procedimiento sugerido son: _____

Declaro que he comprendido las explicaciones que se me han dado y el médico que me ha atendido me realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que le he planteado, así mismo autorizo al personal de salud que me atendió tomar las medidas necesarias en caso de requerirse de manera urgente.

También comprendo que en cualquier momento y sin dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho(a) con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos del tratamiento y o procedimientos a realizar.

Nombre y firma del Paciente

_ Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del médico tratante

