

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso de servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento:

2. El **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** queda autorizado a llevar a cabo igualmente la practica de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del Dr Velásquez, los haga aconsejables.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa la evaluación que de mi estado de salud y visual lo ha hecho el **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** con el objetivo de identificar mis condiciones

clínico patológicas y previa la advertencia que dicho medico me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada en los términos en los cuales se ha consignado en la historia clínica.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance e incluso probables complicaciones por parte del Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE.

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que haya la necesidad de usar algún tipo de Anestesia local o general sea a criterio del **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** y sea aplicada por parte de un medico Anestesiólogo escogido por mi medico o por la institución donde se practicara mi procedimiento o cirugía y los autorizo a utilizar el tipo de anestesia que consideren aconsejable de acuerdo con mi condición clínica patológica y el tipo de intervención que requiero. He sido informado(a) por le **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE**, sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactorios explicaciones al respecto por parte del **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE.**

5. El **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, en caso de que sea necesario hacerlo. En caso de necesitar enviar a algún laboratorio o con destino a Exámenes anatomopatológicos cuya practica solicito a mi costa

6. Declaro que he sido advertido(a) por el **Dr. JAIME VELASQUEZ O'BYRNE** en el sentido de que la practica de la intervención quirúrgica que requiero compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí. En caso de no poder ver por Dificultades propias a mí, se me ha leído y lo he entendido y aceptado en su totalidad.

NOTA: Cuando el paciente no tiene capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de este Contenidas en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el mismo.

FIRMA DEL PACIENTE
CC de

FIRMA DEL RESPONSABLE
CC de