



## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Autorizo al doctor(a) \_\_\_\_\_  
para realizar en mi o en el paciente \_\_\_\_\_  
El (los) siguiente (s) examen (es) medico (s) \_\_\_\_\_  
Que se llevara (n) a cabo el día \_\_\_\_\_

2. Manifiesto que se me ha informado la naturaleza y propósito del examen médico, así como los posibles riesgos y eventos posteriores, en particular los siguientes:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Y podido efectuar las preguntas relacionadas con dicho examen, las cuales han sido respondidas en forma satisfactoria.

3. La presente autorización la expido en forma libre y así mismo manifiesto que he leído y comprendido en su integridad el presente formato.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Responsable

\_\_\_\_\_  
Firma médico responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha