



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