**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Fecha:** [Fecha de firma]

**Lugar:** [Lugar de firma]

**Institución:** [Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico]

**Establecimiento médico:** [Nombre o razón social del establecimiento médico]

**Paciente:** [Nombre completo del paciente]

Yo, [Nombre del paciente], [declaro que soy mayor de edad y cuento con las capacidades físicas y mentales para consentir el procedimiento que voy a recibir] ó [declaro que soy representante legal de parentesco] y que he sido informado(a) en detalle sobre el procedimiento/tratamiento [Nombre del procedimiento/tratamiento] a realizar por [Nombre del médico o institución médica] y sus posibles riesgos, beneficios y alternativas.

Autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y aclarar dudas antes de otorgar mi consentimiento. Estoy consciente de que tengo la opción de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin consecuencias adversas para mi atención médica futura.

**Descripción del Procedimiento/Tratamiento:**

[Descripción detallada del procedimiento o tratamiento]

**Riesgos:**

[Enumeración de los posibles riesgos, efectos secundarios o complicaciones]

**Beneficios Esperados:**

[Descripción de los beneficios que se esperan del procedimiento o tratamiento]

**Alternativas:**

[Descripción de otras opciones disponibles, incluyendo la opción de no realizar el procedimiento/tratamiento]

**Nombre, Firma o Huella Dactilar del Paciente:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre y Firma del Médico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Firma de Testigo #1 (Opcional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Nombre y Firma de Testigo #2 (Opcional): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**