A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD			
						H	D	M	A

B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:						
SERVICIO:		TIPO DE ATENCIÓN:	AMBULATORIO		HOSPITALIZACIÓN	
DIAGNÓSTICO:				CIE 10:		
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO:						
EN QUÉ CONSISTE:						
CÓMO SE REALIZA:						

GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)

DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN:	
BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO:	
RIEGOS FRECUENTES (POCO GRAVES):	
RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES):	

DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc):

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO:	
DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO:	
CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO:	