



HOSPITAL DE CLINICAS CARACAS

RIF: J-00107494-5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del paciente:	Cédula/Pasaporte:
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____	
Nombre del representante: (En caso de menor de edad)	Cédula/Pasaporte:

ESTIMADO PACIENTE Y/O FAMILIAR:

1. Lea cuidadosamente el contenido de esta planilla
2. Si existe algo que usted no entienda de lo explicado por su médico, o si desea más información, solicítela al mismo.
3. Asegúrese que toda la información expuesta en esta planilla esté correcta. De estarlo, y de usted sentirse satisfecho con la explicación dada por parte de su médico, firme la planilla.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO:

Confirmando que he explicado el tratamiento propuesto y sus posibles efectos secundarios y asociados. Igualmente, he explicado al paciente y/o familiares, el propósito de dicho tratamiento y de las opciones terapéuticas disponibles de una manera sencilla.

Nombre del médico: _____ Firma: _____

DECLARACION DEL PACIENTE:

Yo, _____, declaro que mi médico el Dr. _____, me ha explicado las condiciones de mi estado de salud, el tratamiento y/o procedimiento propuesto, las alternativas, los riesgos del mismo, las complicaciones y las he comprendido y decidido autorizar me realicen el/los procedimiento/s denominado/s

_____, así como la aplicación de cualquier otro tratamiento durante o después de dicho procedimiento, que sea necesario para solventar las posibles complicaciones que pudieran surgir y que sólo serán llevados a cabo de ser necesario, en mi mejor interés y justificado por razones médicas.

Nombre del paciente:	Nombre del testigo:
Nro. de Cédula/Pasaporte:	Nro. de Cédula/Pasaporte:
Firma del paciente:	Firma del testigo:
Fecha:	