

Definición de Consentimiento Informado: Es la autorización que el paciente (o su representante) confiere al profesional de la salud para la realización de procedimiento en **Clínica las Américas y sus sedes integradas en red**, previa información oportuna, clara y precisa de lo que se le va a realizar, sus objetivos, alternativas y riesgos. (Es responsabilidad del profesional de salud el correcto diligenciamiento del consentimiento).

Fecha _____

Hora (militar): _____

DATOS DEL PACIENTE

Nombre _____

Edad: _____

Cédula de ciudadanía (), Cédula de extranjería (), Pasaporte (), Tarjeta de identidad (), Registro Civil () otro ()
Cual _____ N°. _____

- **Diagnóstico o impresión diagnóstica:** _____
- **Descripción del Procedimiento propuesto:** _____
- **Beneficios del procedimiento que se está proponiendo:** _____
- **Posibles alternativas de manejo:** _____
- **Posibles limitaciones o molestias del proceso de recuperación (a criterio del profesional):** _____
- **Posibles complicaciones y riesgos con mayor probabilidad estadística de ocurrencia:** _____

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo, _____ identificado con Cédula de ciudadanía () Cédula de Extranjería () Pasaporte (), Tarjeta de identidad (), Registro Civil () otro () N°. _____, certifico que he sido informado suficientemente sobre el procedimiento o intervención al que voy a ser sometido; conozco sus beneficios, riesgos y complicaciones; las explicaciones dadas por el profesional de salud han sido suficientemente claras y los términos científicos y técnicos me han sido explicados de tal manera que los he comprendido a cabalidad. Por lo tanto, acepto el procedimiento o intervención propuestos con sus riesgos inherentes de mayor ocurrencia y autorizo a Clínica Las Américas, sus sedes integradas en red y al profesional que lo va a realizar para que bajo su responsabilidad lo lleve a cabo y designe a los demás profesionales de la salud cuya participación sea necesaria. Asimismo, autorizo los procedimientos adicionales que puedan requerirse en el momento de su ejecución, para el manejo de complicaciones o hallazgos inesperados que llegaran a presentarse. También puedo retirar este consentimiento cuando lo estime oportuno.

Firma del paciente

Huella

Nota: La huella es indispensable en los casos en el que el paciente no sepa escribir, los menores de edad entre 14 y 18 años deben firmar el consentimiento en firma del paciente y se debe soportar con la firma del representante legal, familiar y/o allegado en el siguiente ítem de consentimiento informado diferido.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFERIDO

Este espacio debe ser diligenciado por el representante legal, familiar o allegado del usuario cuando este no tiene la capacidad legal para otorgar su consentimiento (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva).

Dado que el beneficiario del procedimiento es considerado incapaz para tomar o rechazar la decisión o dar su consentimiento para ejecutar el procedimiento descrito, el profesional de salud me ha explicado en mi calidad de representante legal familiar o allegado

de forma clara, expresa y satisfactoria en que consiste el procedimiento, que es, como se hace para que sirve, igualmente me han explicado los riesgos y complicaciones de mayor ocurrencia que pueden conllevar las actividades programadas. He comprendido todo lo anterior y por ello de manera libre y voluntario yo _____ con el número de identificación _____ en mi calidad de _____ (parentesco); de _____ (Nombre del usuario), doy mi consentimiento para que le realicen los procedimientos descritos. También puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno esto siempre y cuando no se hayan adelantado ya acciones destinadas al logro del objetivo.

Firma del representante legal, familiar y/o allegado: _____

DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE DILIGENCIA EL CONSENTIMIENTO

Nombres y apellidos _____

Firma

Sello o registro

RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE (representante legal, familiar o allegado)

Con base en la información anterior, manifiesto que **NO ACEPTO** el tratamiento médico, procedimiento o intervención propuestos por el profesional de salud tratante. En constancia, firmo aquí.

Nombre _____

Cédula de ciudadanía (), Cédula de extranjería (), Pasaporte (), Otro () cual: _____ N°. _____

Firma _____ Huella