

 Centro de Especialistas en Urología S.A.	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES (OTORGADO EN CUMPLIMIENTO DE LA LEY 23 DE 1981)</b>	<b>CÓDIGO: FORC12</b>	
		VERSIÓN 3	F.V. 03/11/2015
		PÁG. 1 DE 1	

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

1. Por medio de la presente constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento a CEUSA, que en ejercicio legal de su profesión y con el concurso de otros profesionales de la salud que llegaren a requerirse, así como el personal auxiliar de servicios asistenciales que se hagan necesarios, se me practique la siguiente intervención o procedimiento:

\_\_\_\_\_

2. El profesional queda igualmente facultado para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en el punto uno (1), si en el curso de la intervención o del procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista, que a juicio del médico tratante, los haga aconsejables.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa lectura de los riesgos previstos para la intervención o procedimiento que requiero.

- 1) Hemorragia
- 2) Infección
- 3) Necesidad de suspender todo o parte del procedimiento
- 4) Otros:

\_\_\_\_\_

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la sedación que requiera sea aplicada por parte de un Medico Anestesiólogo escogido o aceptado por mi medico tratante y autorizo a aquel para utilizar el tipo de intervención que requiero. He sido advertido por el Doctor \_\_\_\_\_ sobre los riesgos que para mi caso comportan la aplicación de sedación, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactoria explicaciones al respecto, por parte del mencionado profesional.

5. \_\_\_\_\_ y mi medico tratante quedan autorizados para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuya práctica solicito a mi costa, si ello fuere necesario.

6. Declaro que he sido advertido por el médico autorizado en el sentido de que la práctica de la intervención o procedimiento que requiero comprometa una actividad médica de medio y que por esta razón no se me pueden garantizar los resultados.

7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad y que he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte de mi medico con respecto a los riesgos por el advertidos y al contenido de este consentimiento.

**NOTA: cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de este contenidas en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos los suscribe.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA ACOMPAÑANTE

Dr. \_\_\_\_\_  
MEDICO UROLOGO