

**FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADOS  
PARA PRÁCTICAS QUE NO CUENTAN CON FORMULARIO ESPECÍFICO**

Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_

Este documento sirve para que usted, o su representante, se informe y decida si nos autoriza o no a realizar esta intervención. Es importante que lea despacio la siguiente información, converse con la persona del equipo de salud que lo asiste, aclare sus dudas y así pueda decidir.

**A) INFORMACIÓN GENERAL**

¿Qué es y cómo se hace? Forma en la que se realiza.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Para qué sirve? Objetivos del procedimiento.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál será el beneficio para Ud.?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué molestias, efectos secundarios o riesgos tiene?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cómo es la recuperación de la intervención o práctica?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué otras alternativas tiene?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué le puede pasar si rechaza la práctica?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dada su condición es importante que Ud. sepa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Además, es de interés de la persona paciente que se le informe sobre:

---

---

***Si desea más información no dude en preguntar a la persona del equipo de salud a cargo de la intervención o práctica***

- **MUY IMPORTANTE**
- **Si usted tuviera cualquier duda sobre la intervención, los riesgos, los resultados o el período de recuperación, no dude en preguntar las veces que considere necesario. Le explicaremos todo lo que usted quiera saber.**
- **Este procedimiento es voluntario. Usted tiene derecho a elegir lo que considere mejor para sus intereses, teniendo en cuenta la información recibida.**
- **Si decidiera no realizarse la intervención, puede retirar su consentimiento informado cuando lo desee y con total libertad.**

**FORMULARIO PARA EL REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/RECHAZO INFORMADOS  
PARA PRÁCTICAS QUE NO CUENTAN CON FORMULARIO ESPECÍFICO****A) REGISTRO DEL CONSENTIMIENTO/DENEGACIÓN**

Si considera que ha recibido la información correctamente y consiente o rechaza libremente la práctica que se le propone, le solicitamos que firme dos ejemplares de este documento, uno para la institución y otro para usted.

Se me explicó que mi condición de salud se corresponde con el diagnóstico probable de \_\_\_\_\_; y se me sugirió que \_\_\_\_\_ es el procedimiento más adecuado para resolver este problema.

También se me informó en qué consiste la práctica, cómo se hace, sus beneficios y riesgos. He tenido oportunidad de preguntar mis dudas, y me han sido respondidas satisfactoriamente.

Comprendo que tengo derecho a no aceptar el procedimiento propuesto, asumiendo las consecuencias de tomar esta decisión que pueden ser graves.

Entiendo también que puedo cambiar de opinión cuando lo estime oportuno.

Por eso yo: (marque con una x)

❖ **Doy mi consentimiento** para la realización de la práctica

❖ **No acepto** que se me realice la práctica quirúrgica

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración de la persona paciente

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración representante legal  
(En caso de menor de 16 años o incapacidad )

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración  
profesionales intervinientes