

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
No. Expediente: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: día \_\_\_\_\_ / mes: \_\_\_\_\_ / año: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIAR  
EL TRATAMIENTO MÉDICO FARMACOLÓGICO Y COMPLEMENTARIO.**

He recibido suficiente información en relación a mi condición, enfermedad, lesión o estado físico, al igual que un diagnóstico: \_\_\_\_\_

y el plan de tratamiento propuesto y he tenido la oportunidad de efectuar las preguntas sobre mi condición, enfermedad, lesión o estado físico y el plan de tratamiento propuesto, además que se me puede brindar mayor información cuando lo desee. He sido informado de forma clara, precisa y suficiente de otros tratamientos posibles y de los efectos secundarios o adversos que puede tener el tratamiento. Al igual que **he comprendido que no existe garantía de recuperación con ningún medicamento prescrito, ya que las principales causas de enfermedades o agravantes son los malos hábitos y estrés psicológico, motivo por el cual no existe medicamento ni vacuna que pueda garantizar la prevención o curación de ninguna enfermedad, siendo estos solo coadyuvantes para la recuperación o mejora de la calidad de vida.**

He recibido respuestas satisfactorias. He hablado con el médico responsable y/o alguno de sus asociados y entiendo que las indicaciones y/o sugerencias de ellos fueron emitidas de acuerdo a juicio y que el cumplimiento de ellas es voluntario y que su efectividad depende del apego a ellas. Entiendo que puedo abandonar el plan de tratamiento propuesto cuando lo desee, y que el abandono del plan de tratamiento propuesto puede perjudicar mi salud.

Se me informo de manera clara y precisa sobre las posibles reacciones adversas que pudieran presentarse con el tratamiento prescrito, al igual que se me brindo información sobre las interacciones farmacológicas entre el medicamento prescrito y las plantas medicinales y/o suplementos nutricionales y/o alimentos y de otros medicamentos farmacológicos, por lo que si llegara a ingerir sustancias que pudieran interaccionar con el medicamento prescrito yo como paciente sería el único responsable de las complicaciones que pudiera presentar y el médico estaría exento de cualquier situación que pudiera tener por no seguir de manera precisa las indicaciones emitidas por el médico facultativo. Comprendo que en ocasiones en etapas tardías y degenerativas de las enfermedades podría ser necesario procedimientos quirúrgicos o atención de alguna especialidad médica en particular, por lo que requiero ser responsable con la referencia que me emita el médico de primer contacto.

**Compromiso del paciente:** evitar auto recetarse cualquier tipo de medicamento farmacológico y/o herbolario, al igual que evitar cualquier tipo de terapia que no se encuentre en su programa de tratamiento complementario.

**Beneficios:**

- Mitigar y/o reducir el progreso de la enfermedad con la menor dosis terapéutica para reducir dentro de lo posible el riesgo de reacciones adversas severas gracias a una adecuada alimentación y estrategias naturales que no afecten a los mecanismos de acción de los medicamentos prescritos.
- Mejorar solamente la calidad de vida en etapas tardías o degenerativas o irreversibles de la enfermedad.
- Mejorar la calidad de muerte en etapa terminal de la enfermedad.

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ hrs.  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE  
(O tutor en caso de discapacidad o de ser menor de edad)