

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INICIAR
EL TRATAMIENTO MÉDICO PSICOLÓGICO 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 herbolario prescrito, ni terapia alternativa prescrita, ya que las principales causas de enfermedades o agravantes son los malos hábitos y estrés psicológico, motivo por el cual no existe terapia o sustancia 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 del Plan de Manejo Integral:

- Acudir a todas sus citas y terapias de rehabilitación y psicológicas recetadas por el médico facultativo, en caso contrario avisar al médico facultativo que no se está cumpliendo e ingresar en un plan de manejo con menor exigencia.
- Corregir los hábitos alimenticios y de estilo de vida.
- Evitar auto recetarse cualquier tipo de sustancia.
- Responsabilidad total en poner en práctica todo lo aprendido en cada sesión de terapia psicológica.
- Soportar la crisis de curación y reportar al médico facultativo cualquier eventualidad.

Beneficios:

- Recuperación total en etapas tempranas de la enfermedad.
- Recuperación parcial en etapas tardías de la enfermedad.
- Mejorar solamente la calidad de vida en etapas tardías o degenerativas o irreversibles de la enfermedad.

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

NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO: MANUEL FRANCISCO LÓPEZ MELGAR, Cédula Profesional Medicina General: 6943483.