

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

No. Expediente: _____ CURP: _____

Fecha de nacimiento: día _____ / mes: _____ / año: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE VALORACIÓN SIN TRATAMIENTO

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 los tratamientos posibles y de los efectos secundarios o adversos que puede tener el tratamiento. En esta ocasión eh decidido no realizar ningún tratamiento debido a que no estoy convencido de los tratamientos propuestos, aunque esto pueda mermar mi salud.

Compromiso del paciente:

Realizarse los estudios solicitados y brindar al médico una copia para integrarlos a su expediente clínico.

Beneficios:

- Recibir una orientación adecuada para poder obtener diagnóstico oportuno.

_____ 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.