

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

COLOCACIÓN O RETIRO DE DISPOSITIVOS (SONDA URINARIA, CATETER VENOSO, OTROS)

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ (Nombre completo del paciente), con fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa) y Número de Expediente: \_\_\_\_\_, identificado con: \_\_\_\_\_; en forma voluntaria autorizo al personal del centro de salud \_\_\_\_\_, para realizarme:

<b>Sonda Urinaria</b>	<b>Colocación</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Retiro</b>	<input type="checkbox"/>	Ubicación anatómica : _____
<b>Catéter Venoso</b>	<b>Colocación</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Retiro</b>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Otros: _____</b>	<b>Colocación</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Retiro</b>	<input type="checkbox"/>	_____

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de los insumos / materiales a utilizar y de su correcto uso, pueden presentarse efectos indeseados como infección, sangrado, dolor, reacción alérgica entre otros.

Manifiesto que he comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, acerca de el o los procedimientos que se me realizarán.

Manifiesto que he sido informado sobre las características, beneficios, precauciones y posibles efectos adversos de los productos que se me aplicaran y que se me ha dado la oportunidad de preguntar y aclarar las dudas existentes, además de la posibilidad de rebotar en cualquier momento este consentimiento

Me comprometo a brindar de manera oportuna y completa información relacionada con antecedentes médicos de importancia, alergias, signos y síntomas, medicamentos y demás información que permita una atención integral.

**Autorizo** ☐ **No autorizo** ☐ Firma: \_\_\_\_\_

### En caso de pacientes menores de edad o con incapacidad cognitiva:

Nombre del familiar, representante legal y / o tutor: \_\_\_\_\_.

Parentesco: \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_.

Identificación. \_\_\_\_\_.