



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:

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