

CONSENTIMIENTO INFORMADO

APLICACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA PARENTERAL

Fecha: ____/____/____

Yo _____ (Nombre completo del paciente), con fecha de nacimiento: ____/____/____ (dd/mm/aaaa) y Número de Expediente: _____, identificado con: _____; en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al personal médico o de enfermería del centro de salud _____, para que en ejercicio legal de su profesión y de acuerdo al procedimiento establecido, me practique la administración de medicamento por vía parenteral (inyectable), en cumplimiento al tratamiento farmacológico indicado por el médico: _____ (Nombre del médico).

Entiendo que este procedimiento hace parte del tratamiento prescrito por el profesional tratante, para el manejo de mi enfermedad y tanto el médico como el personal de enfermería poseen la idoneidad y el entrenamiento suficiente para su realización; no obstante, pueden causarse algunas reacciones no deseadas o complicaciones inherentes a la aplicación de medicamentos por vía parenteral tales como: equimosis, hematomas, neuropatías, intolerancia al medicamento, reacciones alérgicas o reacciones propias del medicamento.

Declaro que conozco que la actividad médica no puede garantizar los resultados, teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en la recuperación del estado de salud. Me han sido explicadas con lenguaje sencillo y he comprendido la posibilidad de ocurrencia de las complicaciones descritas anteriormente, reitero mi consentimiento una vez leído, entendido el presente documento y he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias y en constancia de ello lo firmo en forma:

Nombre del medicamento: _____

Vía de administración:

Intramuscular ☐ Intravenosa ☐ Intradérmica ☐ Subcutánea ☐

Dosis: _____

☐

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. _____.