



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CURACIONES

SUTURAS

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 la valoración, procedimiento, tratamiento necesario de la herida que presento en _____ (describir ubicación anatómica), de etiología: _____ (causa posible), e identificar complicaciones de forma temprana, evitar infecciones, entre otras.

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, dehiscencia de la herida (separación de los bordes), dolor, reacción alérgica y retraso en la cicatrización.

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. _____.