

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS

1. Por medio de la presente constancia, en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Dr. **JORGE KARIM ASSIS** para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión así como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el concurso de servicios asistenciales de la entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento: _____

2. El Doctor **JORGE KARIM ASSIS** queda autorizado a llevar a cabo igualmente la practica de conductas o procedimientos adicionales a los ya autorizados en le punto 1, si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que, a juicio del Dr Assis, los haga aconsejables.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa la evaluación que de mi estado de salud y visual lo ha hecho el Doctor **JORGE KARIM ASSIS** con el objetivo de identificar mis condiciones clínico patológicas y previa la advertencia que dicho medico me ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada en los términos en los cuales se ha consignado en la historia clínica.

Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance e incluso probables complicaciones por parte del Doctor JORGE KARIM ASSIS .

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que en caso de que haya la necesidad de usar algún tipo de Anestesia local o general sea a criterio del Doctor **JORGE KARIM ASSIS** y sea aplicada por parte de un medico Anestesiólogo escogido por mi medico o por la institución donde se practicara mi procedimiento o cirugía y los autorizo a utilizar el tipo de anestesia que consideren aconsejable de acuerdo con mi condición clínico patológica y el tipo de intervención que requiero. He sido informado(a) por le Doctor **JORGE KARIM ASSIS**, sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la historia clínica y he recibido satisfactorios explicaciones al respecto por parte del Doctor **JORGE KARIM ASSIS**.

5. El Dr. **JORGE KARIM ASSIS** queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes Anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, en caso de que sea necesario hacerlo. En caso de necesitar enviar a algun laboratorio o con destino a Exámenes anatomopatológicas cuya practica solicito a mi costa

6. Declaro que he sido advertido(a) por el Doctor **JORGE KARIM ASSIS** en le sentido de que la practica De la intervención quirúrgica que requiero compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí. En caso de no poder ver por Dificultades propias a mi, se me ha leído y lo he entendido y aceptado en su totalidad.

NOTA: Cuando el paciente no tiene capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de este Contenidas en presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el mismo.

FIRMA DEL PACIENTE
CC de

FIRMA DEL RESPONSABLE
CC de