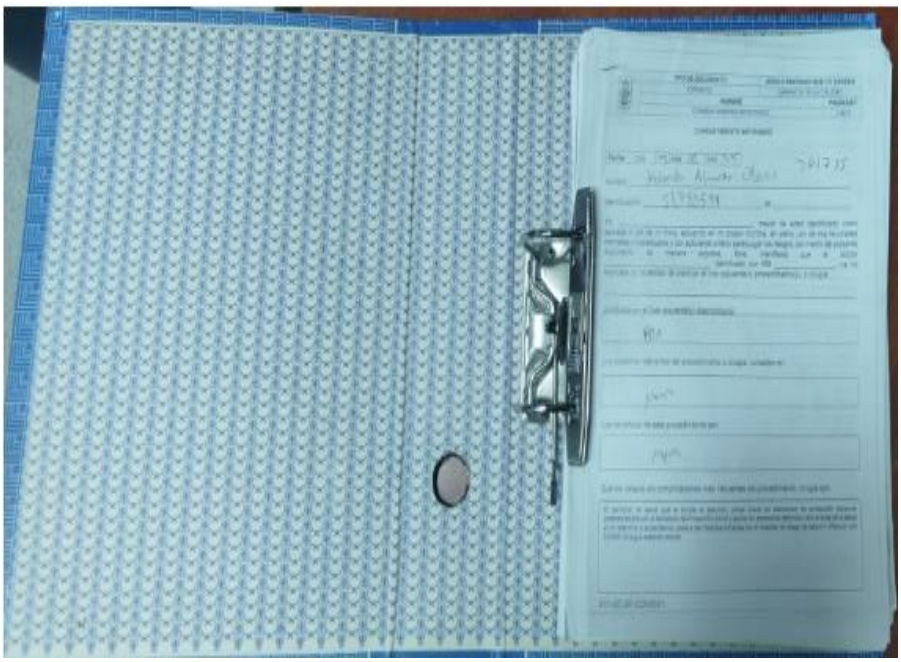




TIPO DE DOCUMENTO	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA	
FORMATO	GARANTÍA DE LA CALIDAD	PAGINADO
NOMBRE		1 de 3
CONSENTIMIENTO INFORMADO		

CONSENTIMIENTO INFORMADO

913908

Fecha: Día 13 Mes 02 Año 2023

Nombre Ana Maria Aponte A

Identificación 52660935 de Bogota

Yo, Ana Maria Aponte A, mayor de edad identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre, en pleno uso de mis facultades mentales e intelectuales y con suficiente criterio para juzgar los riesgos, por medio del presente documento de manera expresa, libre, manifiesto que el doctor _____ identificado con RM _____ me ha explicado la necesidad de practicar el (los) siguiente(s) procedimiento(s), o cirugía:

Justificado en el (los) siguiente(s) diagnóstico(s):

Mejorar

Los aspectos relevantes del procedimiento o cirugía, consisten en:

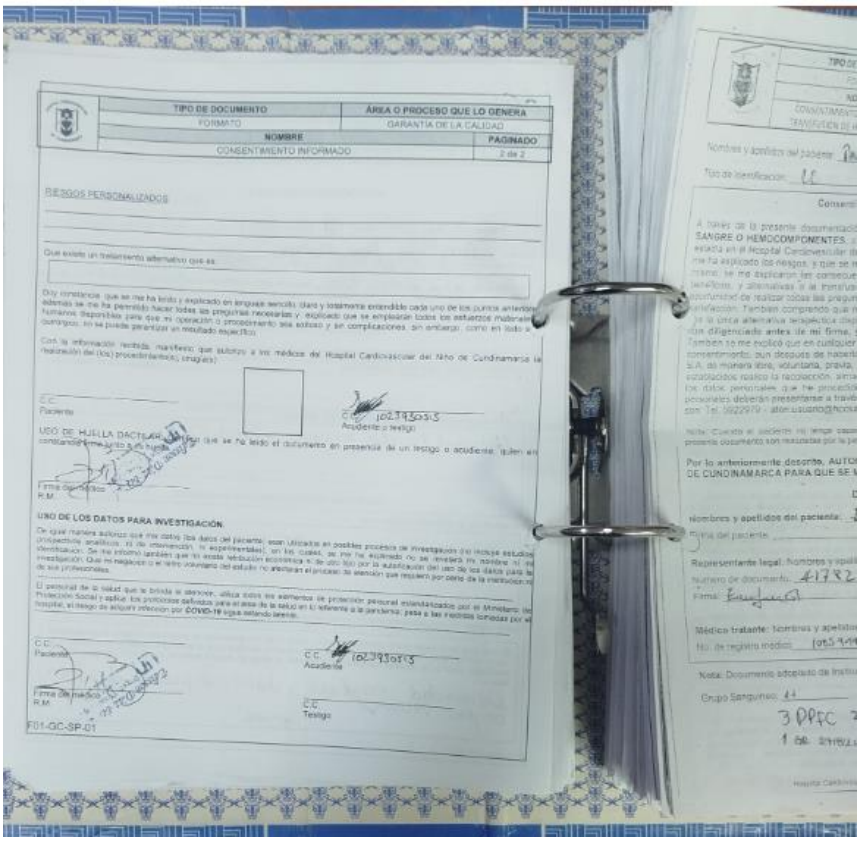
Manejo

Los beneficios de este procedimiento son:

Mejoria

Que los riesgos y/o complicaciones más frecuentes del procedimiento, cirugía son:

El personal de salud que le brinda la atención, utiliza todos los elementos de protección personal estandarizados por el Ministerio de Protección Social y aplica los protocolos definidos para el área de la salud en lo referente a la pandemia, pese a las medidas tomadas por el hospital, el riesgo de adquirir infección por COVID-19 sigue estando latente



TIPO DE DOCUMENTO	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
FORMATO	GARANTÍA DE LA CALIDAD
NOMBRE	PAGINADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO	2 de 2

RIESGOS PERSONALIZADOS

Que existe un tratamiento alternativo que es

Doy constancia que se me ha leído y explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible cada uno de los puntos anteriores, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias y explicado que se emplearán todos los esfuerzos materiales y humanos disponibles para que mi operación o procedimiento sea exitoso y sin complicaciones, sin embargo, como en todo

Con la información recibida, manifiesto que autorizo a los médicos del Hospital Cardiovascular del Alto de Cundinamarca la realización del (los) procedimiento(s) quirúrgico

C.C. Paciente

C.C. 1023935515 Acudiente o testigo

USO DE HUELLA DACTILAR: Certifico que se ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella

Firma del médico R.M.

USO DE LOS DATOS PARA INVESTIGACIÓN

De igual manera autorizo que mis datos (los datos del paciente) sean utilizados en posibles procesos de investigación (no incluye estudios prospectivos analíticos, ni de intervención, ni experimentales), en los cuales, se me ha explicado no se revelará mi nombre ni mi identificación. De mi interés también que mi existe retribución económica ni de otro tipo por la autorización del uso de los datos para la investigación. Que no negaron o el retiro voluntario del estudio no afectaran el proceso de atención que requiero por parte de la institución ni de sus profesionales.

El personal de la salud que le brinda la atención, utiliza todos los elementos de protección personal estandarizados por el Ministerio de Protección Social y aplica los protocolos definidos para el área de la salud en lo referente a la pandemia; pese a las medidas tomadas por el hospital, el riesgo de adquirir infección por COVID-19 sigue estando latente.

C.C. Paciente

C.C. 1023935515 Acudiente

Firma del médico R.M.

C.C. Testigo

F01-GC-SP-01

Nombres y apellidos del paciente

Tipo de identificación

Nombres y apellidos del paciente

Firma del paciente

Representante legal. Nombres y apellidos

Número de documento 41782

Firma

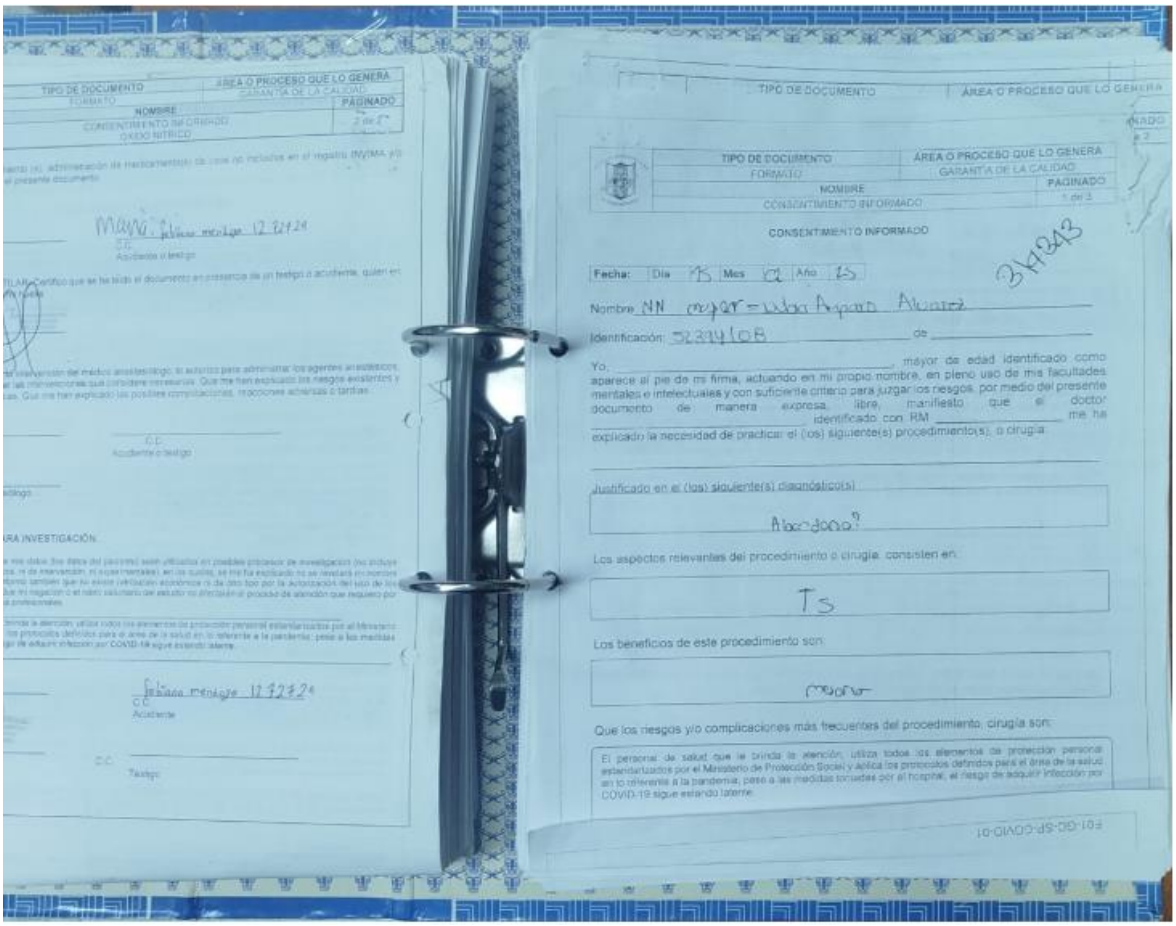
Médico tratante: Nombres y apellidos

No. de registro médico

Nota: Documento adoptado de Institu

Grupo Sanguíneo

3 PPFC



TIPO DE DOCUMENTO	ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
FORMATO	GARANTÍA DE LA CALIDAD
NOMBRE	PAGINADO
CONSENTIMIENTO INFORMADO	1 de 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: Día 15 Mes 02 Año 25

Nombre NN mujer - Usha Aparato Alcanza

Identificación: 52394108 de

Yo, _____, mayor de edad identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre, en pleno uso de mis facultades mentales e intelectuales y con suficiente criterio para juzgar los riesgos, por medio del presente documento de manera expresa, libre, manifiesto que el doctor _____ identificado con RM _____ me ha explicado la necesidad de practicar el (los) siguiente(s) procedimiento(s) o cirugía:

Justificado en el (los) siguiente(s) diagnóstico(s)

Abscesado?

Los aspectos relevantes del procedimiento o cirugía consisten en:

Ts

Los beneficios de este procedimiento son:

mejorar

Que los riesgos y/o complicaciones más frecuentes del procedimiento, cirugía son:

El personal de salud que le brinda la atención, utiliza todos los elementos de protección personal estandarizados por el Ministerio de Protección Social y aplica los protocolos definidos para el área de la salud en lo referente a la pandemia; pese a las medidas tomadas por el hospital, el riesgo de adquirir infección por COVID-19 sigue estando latente.

F01-GC-SP-COVID-01

Acudiente o testigo

Acudiente

Testigo