

1. Yo, _____, mayor de edad identificado con Cédula de ciudadanía No. _____ de _____ con domicilio en _____ actuando en nombre propio o como representante legal de: _____ en pleno uso de mis facultades mentales y con plena capacidad legal de autorización, por este medio DOY mi CONSENTIMIENTO para intervención o procedimiento(s) quirúrgico(s) _____ que sea(n) requerido(s) a criterio de mi(s) médico(s) tratante(s) _____, bajo las siguientes especificaciones:
2. El procedimiento anunciado, en el punto anterior me ha sido debidamente explicado y he entendido claramente la naturaleza y el propósito del procedimiento, los riesgos y posibles complicaciones que se aclaran en los siguientes puntos específicamente.
- Pueden quedar cicatrices como resultado de esta cirugía. Se harán todos los esfuerzos para que estén sean lo menos visibles o llamativas posibles.
 - Podrá haber inflamación en grado variable e impredecible, lo cual puede persistir durante varias semanas.
 - Podrá haber zonas moradas o azuladas durante varias semanas.
 - Podrá haber zonas dispersas de adormecimiento sobre la superficie operada durante un periodo indefinido.
 - Algunas veces líquidos o sangre se coleccionan en la zona operada y requiere aspiración o drenaje.
 - Puede haber cambio de color en la piel de la zona operada por tiempo indefinido.
 - Podrá haber infección en la zona operada, abscesos, septicemia, (infección generalizada), así como también la existencia de otros riesgos de difícil o imposible predicción, puesto que la medicina no es una ciencia exacta y existen factores biológicos que no dependen del Médico y por lo tanto solo se puede propender por buscar el mejor resultado, ya que la práctica de la misma compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.
 - Otras complicaciones específicas según tipo de procedimiento son: Cicatriz Anómala, Seroma, Necrosis, Hematoma, Perforaciones, Neumo-Hemotorax, Trombosis venosa, Embolias, Sensibilidad, Dehiscencia, Shock anafiláctico, trombo embolismo pulmonar, Edema pulmonar, en casos hasta la muerte.
 - Otras complicaciones específicas según tipo de cirugía y/o procedimiento pueden ser:

3. Yo reconozco que durante el evento quirúrgico pueden darse condiciones imprevistas que necesitan procedimientos adicionales o diferentes a los ya mencionados.
4. Autorizo ser fotografiado(a) antes, durante y después de la operación, las fotografías son propiedad del Médico Cirujano y pueden ser publicadas como material científico y/o ser mostradas con fines de enseñanza siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato SI ___ NO___
5. Estoy plenamente de acuerdo en que se me practique la cirugía _____ con los riesgos que esta implica. Declaro que he dado la información pertinente en la Historia clínica y que acataré las recomendaciones que me hagan, antes, durante y después de la operación, asistiendo a los controles que sean requeridos para una adecuada recuperación.
6. Entiendo que si no acudo a los controles, me automedico o realizo cualquier conducta no autorizada, estaré asumiendo la responsabilidad del éxito o fracaso del procedimiento.
7. Todo se me ha explicado en lenguaje comprensible y sin ninguna coacción y acepto lo expresado en éste consentimiento informado, pues considero que establece las opciones que deseo para mi estado de salud y que los médico pondrán todos sus conocimientos, esfuerzos y dedicación en la realización de dicho proceso de atención.

8. Afirmo que me han aclarado todas las dudas al respecto y estoy completamente satisfecho(a) de la información proporcionada, por lo tanto autorizo al Dr. _____, así como al equipo de profesionales que me acompañarán al interior de la Clínica MED S.A.S para que realicen las intervenciones requeridas.

En fe de lo anterior, cumpliendo con la ley de Ética Médica No 23 de 1981 firma en Santiago de Cali, a los ____ del mes _____ año _____.

Firma Paciente: _____ Documento No. _____

Firma Representante legal: _____ Documento No. _____

Firma y sello del Medico _____ Registro No. _____

CONSTANCIA DEL NO CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE Y SUS RESPONSABLES

El paciente o responsable identificado en la primera parte de este documento, manifiesta expresamente que **NO** otorga el consentimiento para la práctica de la intervención quirúrgica y/o procedimiento Médico y declara que asume la responsabilidad legal plena por los efectos de esta decisión, la cual ha sido tomada después de haber escuchado y entendido por parte del Dr. _____ los riesgos que para mi salud comporte esta decisión.

Nombre y firma del paciente o persona que otorga este consentimiento: _____

C.C. No. _____ de _____

Testigo: _____ C.C. _____

Médico: _____ Registro No. _____