|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del paciente** |  | | **Edad** | Hombre | Mujer |
| **N° Identificación** |  | |  |  |  |
| **Nombre del procedimiento** |  | | **Fecha** |  | |
| **Descripción del procedimiento** |  | | | | |
| **Consentimiento** | | | | | |
| **Yo *(Nombre y apellido)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | |
| Identificado como aparece en la parte superior de este documento, certifico que he sido informado sobre mi condición de salud actual, de acuerdo a esto el personal del equipo médico del equipo USAR COL me informa que es necesario llevar a cabo el procedimiento arriba descrito en este documento, con el fin de mejorar mi condición de forma urgente y evitar mi muerte o lesiones que me produzcan discapacidad permanente. Se ha explicado ampliamente que existe el riesgo de complicaciones inherentes a la realización del procedimiento, pero el personal médico realizara todo lo posible para evitar su ocurrencia durante el procedimiento. He sido informado de forma clara y en un lenguaje entendible, la forma como este se llevara a cabo así como la técnica a utilizar, los elementos y el tiempo aproximado que tomara hacerlo.  Por lo anterior y en pleno uso de mis facultades conscientes , habiéndome informado de lo que implica realizar este procedimiento para mi salud:      **ACEPTO NO ACEPTO**  La realización del mismo bajo los principios de autonomía, voluntariedad y comprensión de todo lo aquí escrito y explicado por el personal del equipo médico del USAR COL. | | | | | |
| En caso de no poder manifestar la voluntad de forma expresa por parte de la víctima cuando hay una alteración de conciencia, sea transitoria o definitiva, cuando es un menor de edad y no está presente su representante legal, en caso de requerirse intervenciones de urgencia, y cuando no hay presencia de familiares con capacidad legal para consentir. | | | | | |
| *Describa brevemente la situación que impide tomar el consentimiento:* | | | | | |
| ***Firma del Paciente*** | | ***Nombre y Firma del Testigo o Autoridad Presente*** | | | |