

70-44.26

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Nombre del paciente: _____

Documento de identidad: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Nombre del acudiente (si aplica): _____

Relación con el paciente: _____

1. Información sobre el procedimiento

El(la) paciente y/o su acudiente ha sido informado(a) en un lenguaje claro y comprensible acerca de:

- El procedimiento de enfermería que se le realizará:

- Los posibles riesgos, molestias o complicaciones:

2. Consentimiento

Declaro que he recibido información suficiente, clara y completa acerca del procedimiento de enfermería antes descrito. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas fueron respondidas de manera satisfactoria.

Por lo tanto:

☐ AUTORIZO la realización del procedimiento de enfermería.

Firma paciente/acudiente: _____

Nombre completo: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Firma de enfermería: _____

Nombre completo: _____