

70-44.26

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA**

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: \_\_\_\_\_