



DISENTIMIENTO INFORMADO

PROCEDIMIENTO, ACTIVIDAD O TRATAMIENTO: _____

Fecha: /___/___/_____/ HORA: _____

Número Documento Usuario: _____

Nombre del Usuario: _____

Por medio de la presente constancia, en pleno uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi disentimiento, para la realización del (los) procedimiento(s):

Entiendo que este procedimiento hace parte del plan de tratamiento instaurado y que el terapeuta posee la idoneidad y el entrenamiento suficiente; me han sido explicadas las implicaciones y posibles complicaciones por su no realización y alternativas terapéuticas; no obstante me niego al mismo, asumiendo los riesgos bajo mi propia responsabilidad y en constancia de ello firmo.

NOTA: Cuando se trate de un menor de edad, o el paciente no esté en capacidad de otorgar el disentimiento, será la persona que lo representa, la encargada de firmar el presente documento.

Certifico que he explicado la naturaleza, propósito, ventajas y riesgos del procedimiento y he contestado todas las preguntas. Considero que el (la) paciente comprende todo lo explicado.

Firma del Paciente o Familiar
Cedula:

Firma y sello
Cedula:

Elaboro: Lina Nuñez Coordinadora Gestión Humana	Reviso: Ana Shirley Fernández Coordinadora operativa	Página 1 de 1
Aprobó: Mauricio Tenorio Cabezas Gerente General	Fecha última actualización: 24 de febrero del 2017	