Formulario de Consentimiento Informado para

(*anote el nombre del procedimiento*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del procedimiento** | **Servicio de** |
| **Nombre del Centro de Salud** |  **Edad del usuario** |
| **Nombre del usuario** | **N.º de Identificación** |
| **Nombre del profesional que informa** | **Código profesional** |
| **Nombre del profesional que realiza el procedimiento** | **Código profesional** |

*Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.*

# Descripción del procedimiento:

*(Describa de forma concisa y sin utilizar tecnicismos el procedimiento que se va a realizar: indique dónde y cómo se hace. Puede incluir figuras que faciliten la comprensión, siempre que se cuente con la autorización para su uso. Escribir oraciones cortas).*

# Objetivo y beneficios esperables:

*(Anote el objetivo o finalidad del procedimiento clínico, si es preventivo, curativo, tratamiento, de rehabilitación o paliativo, así como, los beneficios que se esperan con la realización del procedimiento propuesto).*

# Alternativas disponibles:

*(Anote las alternativas disponibles en la CCSS en caso de que la persona no acepte el procedimiento que se le propone realizar. Las ventajas y desventajas de las alternativas con respecto al procedimiento que se le propone. Si no existen otras alternativas institucionales debe consignarse de esa manera).*

# Consecuencias previsibles:

*(Anote los efectos o hechos derivados, que resultan inevitables de la realización o no realización del procedimiento recomendado)*

# Riesgos frecuentes:

*(Anote los riesgos más frecuentes asociados al procedimiento, si es posible indique la probabilidad de que ocurran en términos de cuántos casos por cada 100 personas).*

# Riesgos más graves:

*(Anote los riesgos más graves, si es posible indique la probabilidad de que ocurran en términos cuantos casos por cada 100 personas). Además, indicar qué debe hacer la persona en caso de que se presente alguno [[1]](#footnote-2)de estos riesgos, por ejemplo: Consulte al Servicio de Emergencias más cercano)*

# Riesgos personalizados:

El profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones médicas, psicológicas y sociales que generen algún riesgo adicional para el procedimiento que se le propone *(Se propone mantener esta redacción*).

# Dudas:

# Consulte al profesional si tiene laguna duda respecto al procedimiento, consecuencias y riesgos derivados de este. El profesional anotará en observaciones las dudas que usted le exponga. (*Se propone mantener esta redacción*)

# Observaciones:

# El profesional de salud deberá anotar en este recuadro la efectividad probable del procedimiento propuesto según la condición del paciente. (*Se propone mantener esta redacción*)

**Información de interés:**

*(Anote cualquier información relacionada con el procedimiento que se propone de interés para la persona usuaria. Puede incluir cuidados posteriores a la realización del procedimiento*).

# Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado:

“Declaro que toda la información que he brindado sobre mi condición de salud es cierta y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. Además, declaro que me han explicado oralmente todos los aspectos referentes al procedimiento y que existe la posibilidad de denegar/revocar el consentimiento sin que afecte otros derechos”. *(Se propone mantener esta redacción*).

# De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Acepta someterse a (*anotar nombre del procedimiento*)?** | **(SI)** **(NO)** |
| Firma o huella del usuario | Fecha | Hora |
| Firma o huella del representante o garante (si procede) | Fecha | Hora |
| Firma del profesional que informa | Fecha | Hora |
| Firma del profesional que realiza el procedimiento  | Fecha | Hora |
| En caso de consentimiento por delegación (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco) |
| Nombre del testigo |  Firma o huella Identificación | Fecha |
| Nombre del testigo | \_\_----- Firma o huella Identificación | Fecha |
| En caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco) |
| He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento que había autorizado. |
| Nombre del usuario odel representante o garante (si procede) |  Firma o huella Identificación | Fecha |

1. [↑](#footnote-ref-2)