**NOMBRE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Expediente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EDAD \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_FECHA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, paciente, y/o en su caso de menores de edad e incapacitados para otorgar consentimiento y/o autorización para:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En apego a los artículo 80 al 83 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de atención médica y a la NOM 168 – SSA – 1998, relativa al Expediente Clínico, numerales 4.2, 10.1 al 10.12, se otorga la presente autorización al personal médico y paramédico del INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION para realizar los procedimientos médicos y/o quirúrgicos necesarios al paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_DIAGNOSTICO (S) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Para tal efecto declara :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que los médicos del INR le han explicado de manera detallada y con lenguaje que puede comprender, los procedimientos médico / quirúrgicos que se planea realizar, tienen como objetivo primordial coadyuvar a la solución del problema citad, utilizando la técnicas vigentes para tal efecto, en virtud de que el personal de salud que labora en dicha institución , se declara ampliamente capacitado y que cuenta con autorización legal con efecto del presente y registro correspondiente para el libre ejercicio de su especialidad médico y quirúrgica o en su caso, además de comprometerse a actuar con ética y responsabilidad en beneficio del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Y que cualquier procedimiento médico implica una serie de riesgos no siempre previsibles debido a diversas circunstancias que entre otra se consideran su estado físico previo, enfermedades y/o problemas coexistentes, tratamientos previos, etcétera. Y que existe la posibilidad de complicaciones debidas al tratamiento médico y / o quirúrgicas, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa a la aplicación de tal fármaco o bien a la realización de determinado procedimiento, dichas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes y pueden ir desde leves hasta severas y pueden poner en peligro la vida del paciente e incluso provocar la muerte.

En circunstancias especiales, el personal de salud se verá obligado a utilizar técnicas invasivas de diagnóstico y tratamiento, conforme a los protocolos médicos y/o guías de práctica médica actualizados con el objeto de mantener una vigilancia estrecha de las constantes vitales tienen que proporcionar una terapéutica oportuna que puede salvar la vida del paciente pero para las cuales se requiere la aplicación de sondas, catéteres o marcapasos según sea el caso.

Que algunas enfermedades pueden requerir de un procedimiento quirúrgico para su resolución y que ésta necesidad puede presentarse en cualquier momento de su estancia hospitalaria para lo cual se solicitará una autorización previa del paciente o su representante legal, en su caso, sin embargo en dado caso que dicha persona no autorice el procedimiento en cuestión, o bien solicite su alta voluntaria por cualquier motivo. El INR, y el personal que en el Labora, quedará automáticamente exento de cualquier implicación médica y legal derivada de la decisión así como la evolución consecutiva del paciente.

Que en ocasiones puede ser necesaria la aplicación de Sangre o sus derivados para la resolución de determinados problemas de Salud, por lo que se autoriza a los médicos a emplear dicha terapéutica siempre que sea necesario, con las reservas que marcan las normas vigentes.

Que el paciente será sometido a un protocolo terapéutico que se encuentra ampliamente documentado en el expediente clínico y que se apega estrictamente a las consideraciones éticas del Tratado de Helsinki y modificado en Viena y que el paciente debe seguir estrechamente las indicaciones para el diagnóstico t tratamiento de su enfermedad, y ya que de no ser así o bien en el caso que el paciente siga instrucciones ajenas o bien actúe de acuerdo a su propio entender o en su caso óptima las indicaciones específicas del médico, éste último así como al INRLGII

Quedan totalmente exentos de cualquier implicación médica y legal que se deriven de la evolución subsecuente del paciente.

**ACEPTO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Nombre y firma del paciente y/o representante legal*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Médico Testigo*

*ADENDUM* : recordatorio para el personal de Salud:

**En el segundo párrafo del artículo 81 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios y atención Médica a la letra dice:**

“ Cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a las que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del INR, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito, en el expediente clínico”

**10.1.1.2.**Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

**10.1.1.2.1.**Ingreso hospitalario;

**10.1.1.2.2.**Procedimientos de cirugía mayor;

**10.1.1.2.3.**Procedimientos que requieren anestesia general;

**10.1.1.2.4.**Salpingoclasia y vasectomía;

**10.1.1.2.5.**Trasplantes;

**10.1.1.2.6.**Investigación clínica en seres humanos;

**10.1.1.2.7.**De necropsia hospitalaria;

**10.1.1.2.8.**Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

**10.1.1.2.9.**Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

**10.1.1.3.**El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

**10.1.1.4.**En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**10.1.2.**Hoja de egreso voluntario.

**10.1.2.1.**Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

**10.1.2.2.**Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente   
lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y   
constará de:

**10.1.2.2.1.**Nombre y dirección del establecimiento;

**10.1.2.2.2.**Fecha y hora del alta;

**10.1.2.2.3.**Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta;

**10.1.2.2.4.**Resumen clínico que se emitirá con arreglo en lo previsto en el apartado 5.8. de la presente Norma;

**10.1.2.2.5.**Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;

**10.1.2.2.6.**En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;

**10.1.2.2.7.**Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y

**10.1.2.2.8.**Nombre completo y firma de los testigos