



PROCEDIMIENTO PROPUESTO:

Ambulatorio\_\_\_\_ Hospital del día\_\_\_\_ Hospitalario\_\_\_\_  
Código de procedimiento\_\_\_\_\_

Detallar procedimiento

Empty box for detailing the procedure.

Fecha estimada de la cirugía: dd / mm / aa

Tipo de anestesia: Local\_\_\_\_ Raquídea/Epidural\_\_\_\_ General\_\_\_\_

Hospital o Clínica:\_\_\_\_\_

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_, C.I. # \_\_\_\_\_ declaro que he recibido y comprendido la información suministrada por el médico tratante, respecto al procedimiento a realizarme, sus riesgos y posibles complicaciones.

Nota: En caso que se solicite la pre-autorización para menores de edad y/o personas en estado de discapacidad, deberá suscribir el presente formulario el representante legal del mismo.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma de Cliente

MÉDICO

Número de contacto: [Grid]

Correo electrónico: [Grid]

CLIENTE

Número de contacto: [Grid]

Correo electrónico: [Grid]

FAMILIAR DE CONTACTO

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Para uso exclusivo de Saluds	
Fecha de recepción Saluds	Observaciones de auditor:
	Nombre y firma del auditor: