

Yo : _____, por medio de la presente acepto y autorizo al personal de este hospital para que sea realizado ESTUDIOS DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS.

Me han facilitado esta hoja informativa, donde me explican el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, Así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida. Declaro entonces estar debidamente informado/a con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM -004-SSA3- 2012 del Expediente Clínico.

Nombre y Firma del Paciente
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Familiar
Responsable

Nombre y Firma del Médico
Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

Yo: _____, después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación /revocación (táchese lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre y Firma del Paciente
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Familiar
Responsable

Nombre y Firma del Médico
Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con: