Bogotá, día / mes / año\_\_

El(la) Dr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ me ha explicado de forma detallada y clara en que consiste el plan de tratamiento y procedimiento de inyectología por vía intramuscular y ha respondido satisfactoriamente mis inquietudes.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ identificado(a) con documento de identidad C.C. \_\_\_ T.I. \_\_\_\_ Otro, ¿Cuál? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en calidad de paciente manifiesto que he comprendido la naturaleza y propósito del referido procedimiento. En consecuencia, reconozco y admito los posibles riesgos y situaciones imprevistas que puedan derivar del mismo, por lo tanto, doy consentimiento para la realización del tratamiento

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

Firma Paciente

ID:

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

Firma Enfermería

C.C:

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

Firma Medico(a)

C.C:

Este Documento es propiedad de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización.