

## ¿Qué es el Consentimiento Informado?

La clave legal y ética que protege al paciente... y también al médico.

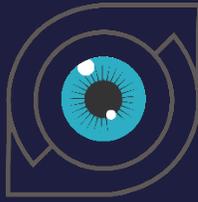
El **consentimiento informado** es el acto mediante el cual un **paciente**, de manera **libre, voluntaria y con plena comprensión**, acepta o rechaza los procedimientos médicos propuestos por su médico tratante.

No se trata de un simple requisito administrativo.

Es un **derecho humano fundamental del paciente** y, al mismo tiempo, una **obligación ética y legal para el médico**.

## **Importancia del Consentimiento Informado**

El consentimiento informado es esencial en la práctica médica porque garantiza que los pacientes previa explicación de manera clara, sencilla, suficiente, oportuna alternativas, riesgos y complicaciones del tratamiento al que serán sometidos, tomen decisiones informadas sobre su salud, respetando su autonomía y promoviendo una relación de confianza entre el paciente y el médico.



## Fundamento Legal en México

El consentimiento informado tiene respaldo en diversas normas jurídicas, entre ellas:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Art. 4)
- Ley General de Salud (Art. 51 Bis)
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Atención Médica (Arts. 80 a 84)
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 (Expediente clínico)
- Ley Federal del Trabajo (para efectos de responsabilidad por incapacidad o muerte)

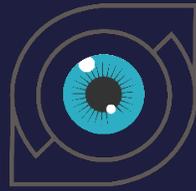
Omitir este procedimiento o documentarlo de forma incorrecta puede poner en riesgo tu ejercicio profesional.

### ¿Qué debe contener un Consentimiento Informado válido?

Todo consentimiento informado debe elaborarse con base en las disposiciones oficiales y adaptarse a cada caso específico. Entre sus elementos indispensables se encuentran:

-  Nombre de la institución y razón social del establecimiento
-  Lugar y fecha de emisión
-  Diagnóstico completo que justifica el acto médico
-  Descripción detallada del procedimiento autorizado
-  Riesgos, beneficios, duración y alternativas disponibles
-  Autorización para actuar ante urgencias médicas relacionadas
-  Datos del médico que informa y del médico tratante
-  Firma del paciente o representante legal, y de testigos
-  Confirmación del paciente de haber sido debidamente informado, con derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento.

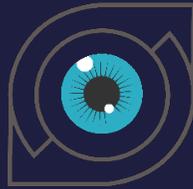




## Actos mínimos que requieren de consentimiento informado son:

1. Ingreso hospitalario
2. Procedimiento de cirugía mayor
3. Procedimientos de anestesia
4. Investigación en seres humanos
5. Donación de órganos, tejidos y trasplantes
6. Necropsia hospitalaria
7. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico de alto riesgo
8. Cualquier procedimiento que entrañe mutilación
9. Donación de sangre, componentes sanguíneos y células
10. **Salpingoclasia y vasectomía, en este caso el consentimiento informado deberá ser muy claro y específico que se trata de métodos anticonceptivos permanentes, debiendo especificar con claridad que el paciente entiende el procedimiento al que va a someterse, además de que debe costar por escrito que su paridad se encuentra satisfecha. Adicionalmente a este consentimiento se deberá contar con las constancias de que el paciente acudió a consejería y está de acuerdo en someterse a cualquiera de estos procedimientos.**





## ¿Qué hacer en caso de urgencia?

En caso de urgencia o cuando el paciente se encuentra en estado de incapacidad transitoria o permanente, el consentimiento informado será suscrito por el familiar más cercano en vínculo que acompañe al paciente o en su caso por su tutor o representante legal una vez informado del carácter de la autorización.

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

El consentimiento informado para el caso de urgencias deberá de contar como mínimo con los siguientes requisitos:

- I. Nombre de la institución a la que pertenece el hospital;
- II. Nombre, razón o denominación social del hospital;
- III. Título del documento;
- IV. Lugar y fecha;
- V. Nombre y firma de la persona que otorga la autorización;
- VI. Nombre y firma de los dos testigos; y
- VII. Procedimiento tratamiento aplicar y explicación del mismo.



Recuerde que todo consentimiento Informado debe hacerse **específicamente dependiendo de la especialidad y procedimiento**, ya que se tienen que detallar los diferentes riesgos y complicaciones inherentes al padecimiento, cirugía, intervención, etc.

**Modelo de Consentimiento Informado para cirugía** adaptado a los requisitos establecidos en las **Normas Oficiales Mexicanas NOM-004-SSA3-2012 (Expediente clínico)**. Estas normas establecen que el consentimiento informado debe ser parte del expediente clínico, con datos específicos, firmado por el paciente y personal médico, y documentado de forma clara.

**\*Si usted desea asesoría legal especializada para adaptar la documentación legal de su práctica médica en específico para su especialidad y sus procedimientos, por favor no dude en acercarse con nosotros.**

Debe ir en hoja membretada, con los datos del médico, si pertenece a un Hospital debe de ir su nombre

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**  
De conformidad con la NOM-004-SSA3-2012 y NOM-168-SSA1-1998

**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

- Nombre completo: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo:  Masculino  Femenino
- CURP: \_\_\_\_\_
- Teléfono: \_\_\_\_\_
- Domicilio: \_\_\_\_\_

**II. INFORMACIÓN DEL PROCEDIMIENTO**

- Nombre del procedimiento quirúrgico: \_\_\_\_\_
- Diagnóstico clínico que justifica la cirugía: \_\_\_\_\_
- Descripción detallada del procedimiento propuesto: \_\_\_\_\_
- Objetivo del procedimiento: \_\_\_\_\_
- Fecha estimada del procedimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- Lugar y fecha donde se realizará: \_\_\_\_\_

### III. RIESGOS Y COMPLICACIONES POTENCIALES

Conozco y comprendo los riesgos generales y específicos asociados con el procedimiento, incluyendo, pero no limitándose a:

- Hemorragia
  - Infección
  - Reacciones alérgicas a fármacos o anestesia
  - Fallo en el procedimiento
  - Lesión a órganos adyacentes
  - Muerte (en casos graves)
  - Otros riesgos específicos: \_\_\_\_\_
- 
- 
- 

### IV. BENEFICIOS ESPERADOS

- Alivio de síntomas
  - Mejora funcional
  - Corrección de alteración estructural
  - Prevención de progresión de enfermedad
  - Otros: \_\_\_\_\_
- 
- 
- 

### V. ALTERNATIVAS EXISTENTES

- Tratamiento médico conservador
- Espera vigilante
- Otras intervenciones quirúrgicas
- Ninguna intervención

He sido informado(a) sobre las posibles alternativas al procedimiento propuesto y sus implicaciones.

### VI. ACEPTACIÓN INFORMADA

Declaro bajo protesta de decir verdad que he recibido y comprendido la información relacionada con:

- El diagnóstico
- La descripción del procedimiento
- Los riesgos y beneficios
- Las alternativas
- La posibilidad de revocar este consentimiento en cualquier momento previo a la intervención

He tenido oportunidad de hacer preguntas y todas han sido respondidas de forma clara y suficiente.

Firmo este documento de forma libre, consciente y voluntaria.

**Firma del paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Lugar y Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

#### VII. EN CASO DE PACIENTE INCAPAZ O MENOR DE EDAD

**Nombre del representante legal o tutor:** \_\_\_\_\_

**Parentesco o representación:** \_\_\_\_\_

**Firma del representante legal:** \_\_\_\_\_

**Lugar Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

#### VIII. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

- **Nombre completo:** \_\_\_\_\_
  - **Especialidad:** \_\_\_\_\_
  - **Cédula profesional:** \_\_\_\_\_
  - **Firma:** \_\_\_\_\_
  - **Lugar Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- 

#### IX. TESTIGOS (OPCIONAL SEGÚN REGLAMENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN)

**Nombre del testigo 1:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre del testigo 2:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

---

AUTORIZANDO EN EL ACTUAL, AL MÉDICO PARA QUE, ATENTO AL PRINCIPIO DE LIBERTAD PRESCRIPTIVA, ATIENDA CUALQUIER CONTINGENCIA O URGENCIA QUE SE PUDIERA PRESENTAR DURANTE EL DESARROLLO DEL TRATAMIENTO, PUDIENDO AUXILIARSE DE CUALQUIER OTRO MÉDICO O ESPECIALIDADES CUANDO ASÍ SE REQUIERA PARA EL BENEFICIO DE MI PERSONA.

Este documento deberá formar parte del expediente clínico del paciente, conforme a la NOM-004-SSA3-2012, en su apartado de consentimiento informado, y conservarse durante el periodo que determine la legislación aplicable.

---