

CONSENT FORM – CSB

Universidad Francisco Marroquín
Programa de Salud

Fundación Chusita Llerandi de Herrera
Centro de Salud Bárbara

Facultad de Medicina
San Juan Sacatepéquez

Jornada Médica Internacional de Cirugía Del ____ al ____ de noviembre del 2 008.

Hoja de Referencia de Pacientes

I. Datos Generales del Paciente:

01. Nombres y Apellidos _____

02. No de Cédula de Vecindad: Serie _____ Número _____ Expedida en _____

03. Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ 04. Edad _____ M A

04 Sexo: Masculino _____ Femenino _____ 05. Ocupación _____

06. Vecino de _____

07. Municipio _____ Departamento _____
Especificar los datos más específicos para localización de los familiares sobre el lugar de residencia actual

08. Teléfono/s para comunicarse con familiares o vecinos _____

09. ¿Sabe leer y escribir? NO _____ SI _____ Último curso o grado aprobado _____

10. ¿Habla Español? Sí _____ No _____ Lengua que habla y se comunica _____

11. Diagnóstico Inicial _____

12. Datos Clínicos de Interés. Se especificarán detalles, al dorso de la hoja o se Anexarán más Hojas.

13. Mencionar Investigaciones Realizadas

13.1. Laboratorio Clínico _____

13.2. Radiología _____

13.3. Electrocardiograma _____

13.4. Otras _____

14. Lugar, fecha y hora de la Cita de Presentación:

Usted deberá presentarse en el Centro de Salud “Bárbara”:
Kilómetro 35,2. La Azotea, Carretera a San Raymundo, en San Juan Sacatepéquez

Día, _____, de _____ del 2 00 ____.

Hora: _____ de la Mañana _____ de la Tarde

15. Referido por _____ Teléfono _____

16. Del Acompañante

16.1. Nombres y Apellidos _____

16.2. Cédula de Vecindad: Serie _____ Número _____ Expedida en _____

16.3. Reside en _____

16.4. Teléfono/s _____

16.5. Escolaridad _____

CONSENT FORM – CSB

Programa de Salud

Centro de Salud Bárbara

San Juan Sacatepéquez

Jornada Médica Internacional de Cirugía Del ____ al ____ de noviembre del 2 008.

Hoja de Consentimiento Informado para Pacientes, que serán sometidos a Cirugías, ante la presentación de complicaciones o de otras situaciones.

Yo, _____, Nombres y Apellidos

_____; No de Cédula de Vecindad: Serie Número Expedida en Municipio y Departamento

Siendo vecino de _____,

en el municipio _____, departamento de _____.

Y, siendo, mayor de edad, en pleno ejercicio de mis facultades y juicios; declaro, que me hago responsable de ser operad___; consciente que sí surgiera alguna complicación o problemática desfavorable para mi estado de salud, en la presente Jornada Médica Internacional de Cirugía, desarrollada para ayudar a mejorar el estado de salud de personas y familias con escasos recursos económicos, donde recibiré una generosa atención médica especializada; así como cuidados y trato humano y responsable por parte del personal. Son las razones, por lo cual, asumo todas las responsabilidades médico-legales necesarias, para en ningún momento, proceder a denunciar o solicitar ningún tipo de medida legal o de indemnización posible, ante las autoridades de mi país, en caso de que se me presentará cualquier tipo de complicaciones, derivadas del manejo y de la conducta médica y del personal, que me atenderá durante mi hospitalización y recuperación posteriormente.

Y, para dar fe, sobre mi consentimiento informado y responsabilidad que asumo, a partir de la presente Declaratoria, firmo la presente o expongo mi huella, para dejar constancia de lo arriba expresado y ratificar así, mi compromiso responsable, ante la misma, para que sea válida, ante cualquier tipo de inconveniente que pudiera surgir, a partir de este día y hora, en el futuro.

San Juan Sacatepéquez, _____ de _____ del 2 00____ Hora _____

Firma _____

Huella _____

DE LOS TESTIGOS PRESENTES

Nombres y Apellidos

Firmas

Cédula de Vecindad, Serie y Número

