

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de: \_\_\_\_\_ a los \_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Yo \_\_\_\_\_ Mexicano(a), contando con \_\_\_\_\_ años de edad, con dirección en \_\_\_\_\_

Autorizo al Médico (a) \_\_\_\_\_ con especialidad en \_\_\_\_\_ para que realice: **Toma de Imágenes Fotográficas.**

Nombre completo y firma del paciente si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, o del tutor o representante legal (Debe escribir el paciente de su puño y letra y anotar también de puño y letra el nombre del cónyuge o persona responsable, los dos padres de los \_\_\_\_\_ menores \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ tutor \_\_\_\_\_ legal)

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Nombre completo y firma del médico(a) que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado número de cedula profesional y de especialidad.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de testigo

El que suscribe Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con especialidad en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, que ejerce la profesión dentro del marco legal establecido en la República Mexicana, con registro en profesiones número \_\_\_\_\_ y con cedula de especialidad número \_\_\_\_\_ con domicilio fiscal para oír y recibir notificaciones en \_\_\_\_\_

Y que ejerce la especialidad en el hospital \_\_\_\_\_

Ante Ud. Y de la manera más atenta expreso:

En cumplimiento de la Norma oficial NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y en consecuencia al artículo 15 del Código Penal Federal vigente se realiza este consentimiento informado.

Por este medio Autorizo al Dr. \_\_\_\_\_ para que se pueda llevar a cabo la filmación o toma de fotografías de mi cirugía en el entendido que en ningún momento se mostrara mi cara ni se dará a conocer mi nombre.

La presente filmación será para apoyar la campaña de Cirugía Segura que está promoviendo la AMCPER y para invitar a la población a que se realice este tipo de procedimientos con médicos Certificados y miembros de dicha Asociación.

Se otorga el Consentimiento informado para toma de **Imágenes Fotográficas**

---

Por lo señalado anteriormente, otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para los efectos señalados en las páginas anteriores y firma tanto quien emite el presente consentimiento como el medico encargado del procedimiento y los testigos, en todas y cada una de las hojas que integran el presente consentimiento bajo información.

---

Nombre, Firma y/o Huella digital del paciente

---

Nombre, Firma y/o Huella digital del Representante Legal

---

Nombre y firma del medico

---

Testigo Nombre, Firma y/o Huella digital

---

Testigo Nombre, Firma y/o Huella digital

El presente Consentimiento se firma en México, D.F. a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 201\_\_\_. Copia para el paciente y original para el Expediente Clínico.