

1. Anexos

1.1 Anexo 1

CONSENTIMIENTO

Manifiesto que me ha sido explicado en términos comprensibles en qué consiste la Intervención Quirúrgica **Resección de tumor de la hipófisis por vía nasal o transesfenoidal**, cuál es el plan de manejo establecido por mi médico tratante, cuáles son sus beneficios, posibles riesgos y complicaciones. Luego de comprender y ponderar la información recibida, doy mi consentimiento libre y espontáneo, en pleno uso de mis capacidades mentales, para la realización de dicha Intervención Quirúrgica en esta Institución.

Manifiesto estar de acuerdo con que la información de mi historia clínica sea usada para fines profesionales, académicos e investigativos.

Manifiesto que han sido aclaradas todas mis dudas e inquietudes sobre la intervención Quirúrgica en mención, en palabras claras y fácilmente comprensibles y sé que en cualquier momento puedo acudir al médico en caso de que surja una nueva inquietud.

MANIFIESTO QUE HE LEÍDO EN SU INTEGRIDAD EL PRESENTE DOCUMENTO Y QUE TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO PRECEDENTES HAN SIDO DILIGENCIADOS ANTES DE MI FIRMA.

(Nombre del Paciente)

(Firma) D.I o C.C

(Nombre del Médico que brinda la información)

(Firma) D.I o C.C

(Nombre del Testigo)

(Firma) D.I o C.C

TEL: _____

EN CASO DE INCAPACIDAD DEL PACIENTE Y/O MENOR DE EDAD, DEBE DILIGENCIARSE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN POR SU REPRESENTANTE LEGAL:

Motivo de la incapacidad: _____

Relación/Parentesco: _____

Yo, _____, identificado con C.C. N° _____ en mi calidad de Representante Legal del paciente, manifiesto que he leído en su integridad el presente documento y que me han explicado claramente en qué consiste la Intervención Quirúrgica **Resección de tumor de la hipófisis por vía nasal o transesfenoidal**, cuáles son sus beneficios, posibles riesgos y complicaciones. Con base en lo anterior, de manera libre y espontánea, autorizo que se realice la intervención a _____, teniendo en cuenta que se ha acreditado previamente la incapacidad de mi representado para dar su consentimiento frente a la realización de la Intervención.

(Nombre del Representante Legal del paciente)

(Firma) D.I o C.C

TEL: _____

(Nombre del Médico que brinda la información)

(Firma) D.I o C.C

(Nombre del Testigo)

(Firma) D.I o C.C

TEL: _____