

Nombre de la Institución o Denominación Social del Establecimiento.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN
AMPUTACIÓN QUIRÚRGICA**

Lugar y Fecha _____

Nombre: _____ No. de Expediente: _____, edad _____

Identificado con: _____

Nombre del Familiar Responsable: _____

Identificado con: _____

Representante Legal: _____

Identificado con: _____

Por medio de la presente acepto y autorizo al personal de este hospital a realizar en mi cuerpo la amputación de: _____

Así como, para la atención de contingencias y/o urgencias, ya que he tenido la oportunidad de formular las preguntas referentes al procedimiento, el cual me permitirá conservar la vida, lo anterior con fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998 del Expediente Clínico.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma del Médico Tratante
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Familiar Responsable

Nombre y Firma del Médico Tratante

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con:

Nombre y Firma del Testigo
Quien se Identifica con: