

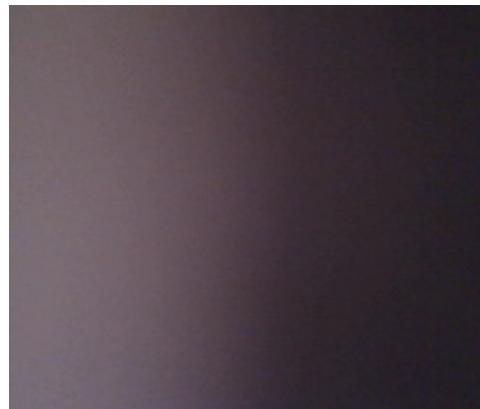
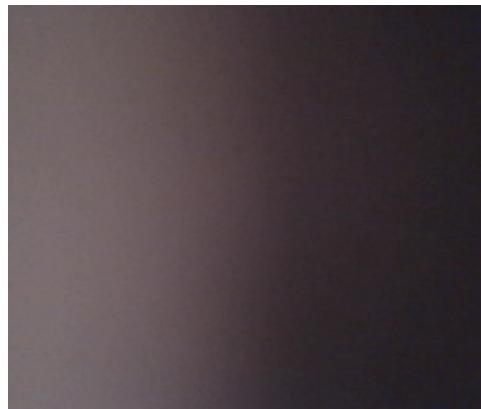
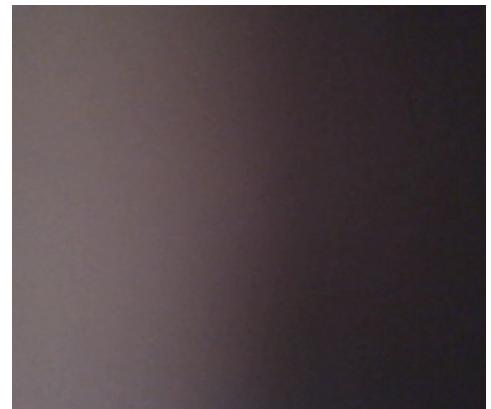
## Consentimiento informado

**Lugar:****Fecha:** 2025-12-14**Hora:** 22:58:00

## Datos del paciente

**Nombre:** OSVALDO MARIANA**Sexo:** Hombre**Fecha nacimiento:** 1995-05-27

## Datos de identificación - paciente

**Tipo de identificación:****Número de identificación:****Foto paciente****Foto identificación parte frontal****Foto identificación parte posterior**

## Datos del tutor

**Tutor parentesco:****Tutor Nombre:****Identificación oficial:****Nombre clínica:****Razón social:****Registro sanitario:****Teléfono:****Domicilio:**

## DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Manifiesto que autorizo libre y voluntariamente al establecimiento de salud para que se me brinde la valoración, atención médica y hospitalaria necesaria, de acuerdo con mi estado de salud.

Reconozco que:

- En caso de urgencia, el personal médico podrá realizar los procedimientos necesarios conforme a la Ley General de Salud.
- Los procedimientos médicos o quirúrgicos que impliquen riesgos específicos requerirán un consentimiento informado adicional.
- Me han sido explicadas las normas internas del establecimiento y me comprometo a cumplirlas.

## AVISO DE PRIVACIDAD Y DATOS PERSONALES

Autorizo el tratamiento de mis datos personales y datos personales sensibles, incluyendo datos de salud, conforme a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares.

Dichos datos serán utilizados para las siguientes finalidades:

- Prestación de servicios médicos
- Integración del expediente clínico
- Administración, facturación y cobranza
- Cumplimiento de obligaciones legales

Declaro que se me ha informado sobre el Aviso de Privacidad, así como sobre mis derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición).

**Observaciones:**

---



**Firma paciente**