

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: _____

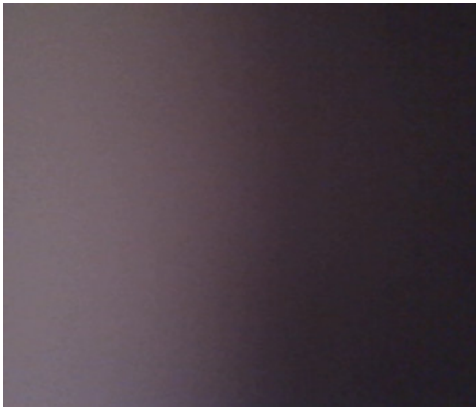


Foto paciente

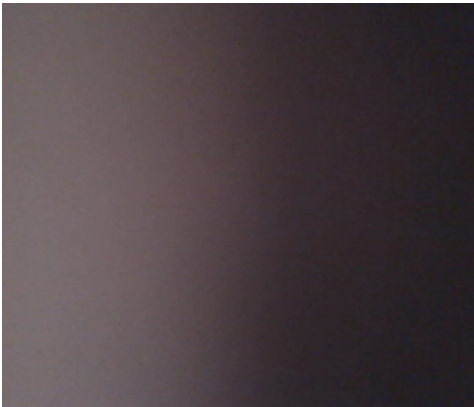


Foto identificación parte frontal

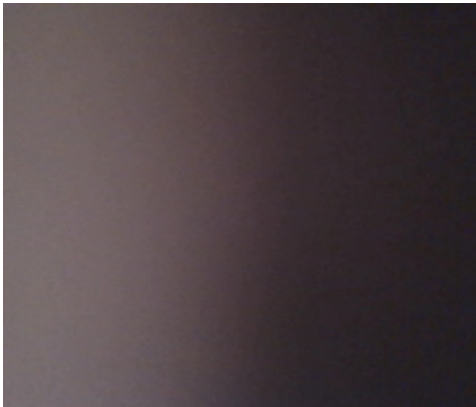


Foto identificación parte posterior

Datos del tutor

Tutor parentesco: _____

Tutor Nombre: _____

Identificación oficial: _____

Nombre clínica: _____

Razón social: _____

Registro sanitario: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

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