

FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA VETERINARIA

(Se elabora uno específico para cada procedimiento que lo requiera)

Ciudad: _____ Fecha y hora: _____

Yo [1. nombre del propietario], identificado con: [2. tipo y número de identificación] con domicilio en [3. ciudad/país]; propietario de: [4. nombre del paciente], especie [5. especie], raza [6. raza]. Sexo: [7. sexo], edad 8. [Edad] y con Identificación [9. tipo y número de identificación] e historia clínica No [10. número de historia clínica]:

Manifiesto que he **recibido y entendido** la información sobre el procedimiento [11. (Nombre del procedimiento)], en el cual [12. explicación de la técnica].

Que existen otras alternativas de tratamiento como son [13. explicar alternativas], pero que [11. nombre del procedimiento] tiene mayores ventajas y beneficios ante las otras como lo son [14. explicar ventajas del mismo].

Entiendo que, dentro de los riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar se encuentran [15. riesgos, posibles consecuencias y efectos colaterales del procedimiento a realizar], y que podrían generarse secuelas como [16. mencionar secuelas].

Además, me han explicado y entiendo como riesgos específicos para [4. nombre o identificación del animal]: [17. riesgos específicos para el paciente].

En constancia que [4. nombre o identificación del paciente] ha sido valorado/a, que yo he sido interrogado y de haber recibido la información relacionada con procedimiento, de haber aclarado las inquietudes, comprendido la información y de haber leído y comprendido lo consignado en este documento; en mi calidad de propietario/responsable, del paciente, procedo a autorizar al médico veterinario o médico veterinario zootecnista [18. nombre del profesional] con matrícula profesional No [19. número de matrícula profesional], la realización del procedimiento aquí descrito, y procedo a firmar de manera libre y voluntaria, como constancia de aceptación de los procedimientos. Así mismo sé de mi derecho a rechazar los procedimientos o revocar esta autorización. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, como los son: [20. situaciones extraordinarias] las cuales, he comprendido y aceptado.

He sido informado que para el buen curso de lo autorizado/ o para mitigar su riesgo es pertinente la práctica de [11. nombre del procedimiento] sobre la cuales [21. acepto/rechazo] su práctica.

Nombre del propietario/responsable [1]: _____

Tipo y documento de identidad: [2] _____

Firma [22] _____

Se adjunta fotocopia del documento de identificación de la persona firmante.

Yo [18. nombre del profesional], matrícula profesional No ([19. Número de matrícula]) en calidad de [23. cirujano, anesthesiologo, etc.], suscribo este documento como constancia de haber brindado al propietario/ responsable, la información sobre los procedimientos y específicamente los riesgos relacionados con [11. nombre del procedimiento], y las consecuencias de la no realización; quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su [21. acepto/rechazo] para llevarlos a cabo.

Firma del profesional: [24] _____

Matrícula profesional: [19] _____