



Consentimiento válidamente informado para reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos

Versión civil · Formato de referencia ConMAE

Institución / operador aéreo: _____
Hospital de origen: _____ Hospital de destino: _____
Nombre del paciente: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ No. de expediente: _____
Sexo: _____ CURP: _____ Grupo sanguíneo: _____

I. Datos de quien recibe la información y otorga el consentimiento

En caso de tratarse de menores de edad o de pacientes que se encuentren en estado de incapacidad permanente o transitoria, y que por su situación legal no puedan expedir el consentimiento, la autorización será suscrita por su familiar más cercano en vínculo que le acompañe o por quien tenga su tutela o representación legal.

Relación con la o el paciente: _____
Nombre de quien autoriza: _____

II. Diagnóstico

Diagnóstico principal: _____
Diagnóstico(s) secundario(s): _____

III. Tratamientos por autorizar: reanimación cardiopulmonar y procedimientos invasivos durante el traslado aeromédico

<u>Observaciones:</u>	Realizar los procedimientos invasivos que se requieran en la o el paciente durante el traslado aeromédico y a su arribo al hospital de destino, incluidos el manejo avanzado de la vía aérea, la ventilación mecánica, los accesos vasculares, la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, y el uso de los medicamentos necesarios para ellos.
<u>Riesgos y complicaciones:</u>	Reacciones adversas a la aplicación de medicamentos, intolerancia o alergias a los medicamentos o alimentos administrados, incidentes por dispositivos médicos, infecciones agregadas o contagio de enfermedades transmisibles, sangrado, lesión de estructuras vecinas, paro cardiorrespiratorio, fractura de costillas e inestabilidad torácica, y todas aquellas condiciones que puedan agravar su estado de salud y conducir a la muerte.
<u>Beneficios esperados:</u>	Recibir atención médica de calidad dentro del marco legal vigente, por personal con las competencias necesarias y los recursos adecuados, respetando los derechos del paciente.
<u>Alternativas de manejo:</u>	No realizar procedimientos invasivos, lo que puede conducir al deterioro clínico o a la muerte.



IV. Consentimiento válidamente informado

Declaro en forma libre y voluntaria, sin que exista presión física o moral sobre mi persona, que he comprendido las explicaciones que me han proporcionado, el propósito y los riesgos del procedimiento, y que he aclarado todas mis dudas. Declaro que he leído y comprendo totalmente este consentimiento y los espacios en blanco que me han planteado, y que las explicaciones se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. La o el médico que me atendió me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que he planteado. De igual forma, manifiesto que el personal de salud que me acompañará durante el vuelo me explicó toda la información contenida en este documento; autorizo el tratamiento mencionado y, ante cualquier complicación o efecto adverso durante o después del procedimiento, autorizo que se me practiquen las técnicas y procedimientos necesarios para la protección de mi vida y de mi salud. Comprendo que en cualquier momento, y sin necesidad de explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo. A la firma del presente manifiesto que no existe de mi parte confusión, engaño, dolo, mala fe, violencia, error ni cualquier otro vicio del consentimiento.

Yo, el/la C. _____ Firma: _____

Testigo 1 · nombre y firma

Testigo 2 · nombre y firma

Médico que informa · nombre, firma y cédula profesional

Lugar, fecha y hora del consentimiento: _____

Aviso de privacidad. Los datos personales y sensibles recabados en este formato se tratarán de manera confidencial, conforme a la legislación mexicana en materia de protección de datos personales y a la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, con la finalidad de documentar la atención médica y el traslado del paciente. Consulte el aviso de privacidad integral de la institución que presta el servicio.