



## Universidad Estatal del Valle de Ecatepec Clínica Integral Universitaria

**Nombre de la Institución:** Universidad Estatal del Valle de Ecatepec

**Nombre del Establecimiento:** Clínica Integral Universitaria

**Lugar:** Avenida Hank González casi Esquina Leona Vicario, colonia Valle de Anáhuac, código Postal 55210, Ecatepec Estado de México.

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, notifico que se me ha informado a detalle de todos los procedimientos y tratamientos que son necesarios que se me realicen en la clínica Integral Universitaria de esta Institución motivo por el cual estoy de acuerdo y acepto que se me apliquen dichos tratamientos y procedimientos; asumiendo mi responsabilidad como paciente de seguir todas y cada una de las indicaciones que me dé el personal profesional de la clínica, comprometiéndome a acudir a todas as citas que se me asignen dentro de la misma institución.

También he sido informado que conservo todos y cada uno de mis derechos personales motivo por el cual tengo la libertad de retirarme de la clínica en el momento que así lo desee, quedando liberado (a) de toda responsabilidad de la Clínica Integral Universitaria de la Universidad estatal del Valle de Ecatepec, del estado de salud del (la) suscrito (a) desde el momento en que deje de acudir a la misma o desde que interrumpa voluntariamente mi tratamiento, sin que esto afecte mi derecho de atención en el momento en que decida regresar a la referida clínica en caso de ameritarlo.

Se me ha explicado que durante e periodo de tiempo del tratamiento podré ser atendido por diferentes personas y que en apoyo a las actividades de enseñanza existe la posibilidad de que parte de a información contenida en mi expediente podrá ser utilizad con dicho fin de acuerdo a lo establecido con los lineamientos bio-éticos establecidos para estos casos.

#### ATENTAMENTE

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de tratante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y forma de quien autoriza

Ecatepec de Morelos, estado de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

## INSTRUCTIVO DE LLENADO

FORMATO: **Carta de consentimiento informado**

1. Nombre y firma del paciente: Registrar nombre completo (Nombre, Apellido paterno y Apellido materno) y su firma.
2. Nombre y firma del tratante: Registrar nombre completo (Nombres, Apellido paterno y Apellido materno) y su firma.
3. Nombre y firma del testigo: Registrar nombre completo (Nombres, Apellido paterno y Apellido materno) y su firma.
4. Nombre y firma de quien autoriza: Registra primer nombre, y apellido paterno y su firma.
5. Fecha: Registrar el día con 2 dígitos numéricos, el mes con su nombre alfabético y el año con 2 dígitos numéricos.

Nota: En caso de que el paciente sea menor de edad, el padre, madre o tutor deberá firmar en el apartado de nombre y firma del paciente.

Nota 2: En caso de que el paciente solo firme con nombre deberá repetir su nombre para justificar la firma.