

Consentimiento informado

Facultad de Enfermería y Nutriología

Siendo hoy _____ de 20_____, a las _____ horas; yo _____

_____ a mis _____ años de edad, en pleno uso de mis

(NOMBRE DE LA PERSONA DE CUIDADO)

facultades mentales, manifiesto que me han explicado la naturaleza y razones de los actos de enfermería, su importancia dentro del proceso de atención, así como sus posibles riesgos y complicaciones, como son: dolor local, inflamación en sitios de punción, lesión de piel y tejidos, sangrado, alergias, entre otros.

Estando de acuerdo con lo anterior, autorizo a _____ con función

(NOMBRE DE LA PERSONA QUE REALIZA EL PROCEDIMIENTO)

de _____, para que realice el (los) procedimiento (s) de enfermería con fines

(DOCENTE O ESTUDIANTE DE:)

educativos y de destreza, ya sea de forma grupal o independiente dentro del laboratorio de enfermería, así mismo, estoy consciente que en cualquier momento pudo negarme a continuar con su ejecución; queda establecido conforme Código de Conducta para el personal de salud 2002, apartado II. Estándares de cumplimiento, que mi información declarada será confidencial y sin fines de lucro.

ACEPTO LOS TÉRMINOS

NO ACEPTO LOS TÉRMINOS

TIPO DE PRÁCTICA: _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre y firma de quién autoriza	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

FIRMA DE QUIÉN INFORMA

PUNCIONES, CANALIZACION DE VENAS	CURACIONES
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	INMOVILIZACION TERAPEUTICA
SONDA NASOGASTRICA Y/O OROGASTRICA	HIGIENE Y ASEO
CATÉTER URINARIO O RECTAL (ENEMA)	COLOCACION CANULA NASAL, MASCARILLA

Revisión: 01	Código: LDE-E-3-03	Elaboró	Revisó	Aprobó
Fecha de emisión: 2024	Página 1 de 1	Secretaría Académica	Jefe de Unidad de Calidad	Dirección
Responsable: Secretaría Académica				