



## Instituto Municipal de Pensiones

Calle Rio Sena # 1100 Col. Alfredo Chávez

Tel 433 1999 Chihuahua, Chihuahua

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

#### PARA EL PROCEDIMIENTO DE DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER CERVICOUTERINO Y MAMA

Chihuahua, Chih., \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

El presente documento tiene como objetivo solicitar su autorización para la realización del procedimiento de toma de muestra de citología cervical y exploración mamaria que usted ha solicitado o se le ha prescrito.

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

AFILIACION: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ EDO.CIVIL: \_\_\_\_\_

MÉDICO TRATANTE O QUE ENVÍA: \_\_\_\_\_

Consiento y otorgo amplia autorización al **Instituto Municipal de Pensiones**, así como al personal de enfermería del servicio de D.O.C., Enf. \_\_\_\_\_ para que se me realice la exploración mamaria y la toma de citología cervical.

También reconozco que he sido informada con claridad acerca de los procedimientos que se me realizaran, así como de los beneficios para mi salud y los posibles riesgos que se pudieran presentar.

Igualmente **AUTORIZO** al médico patólogo para la revisión de mis muestras de citología.

Este consentimiento será **REVOCABLE** mientras no inicie el procedimiento para el que se hubiera otorgado y no obligarán a la enfermera a realizar u omitirlo, cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

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

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma de la enfermera

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo