



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Bogotá, D.C.

## SOPORTE DOCUMENTAL

FECHA Y HORA						CONSENTIMIENTO INFORMADO PACIENTE CON CAPACIDAD DE CONSENTIR
DIA	<b>30</b>	MES	<b>07</b>	AÑO	<b>2015</b>	

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
<b>MIGUEL</b>	<b>ANGEL</b>	<b>CASTRO</b>	<b>URQUINA</b>

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO					
DIA	<b>26</b>	MES	<b>02</b>	AÑO	<b>1956</b>

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	NUMERO DE REGISTRO DE ARCHIVO
<b>CC</b>	<b>17632268</b>	<b>0000205543</b>

<b>ANEXO DOCUMENTAL</b>
-------------------------



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Bogotá, D.C.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA PROCEDIMIENTOS**

**PACIENTE CON CAPACIDAD DE CONSENTIR**

FECHA Y HORA					
DIA	30	MES	07	AÑO	2015

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
MIGUEL	ANGEL	CASTRO	URQUINA

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO					
DIA	26	MES	02	AÑO	1956

TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO	NUMERO DE REGISTRO DE ARCHIVO
CC	17632268	0000205543

NOMBRE TECNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR
RESECCION TUMOR EN DORSO NASAL Y CUELLO + INJERTO+ COLGAJO

**DECLARACION**

Me han explicado reiterada y persistentemente y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósitos de este procedimiento. También, me han aclarado todas las dudas y me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como otras alternativas.

Se me dió a conocer ampliamente y soy consiente que no existen garantías absolutas del resultado del procedimiento. Comprendo perfectamente en que consiste el procedimiento y que será realizado por los profesionales de la Salud del INSTITUTO NACIONAL DE CANCEREOLOGIA.

Me han explicado y he comprendido los posibles riesgos mas importantes que de ello se deriven.

Doy el consentimiento para que practiquen el procedimiento descrito arriba y los procedimientos complementarios que sean necesarios convenientes durante la realización del mismo, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Entiendo que en caso de no aceptar el procedimiento aquí propuesto, puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución, evento en el cual asumo consciente y voluntariamente las consecuencias que de ello se me puedan derivar, las cuales también fueron puestas en mi conocimiento y aceptó.



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL  
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
Bogotá, D.C.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA PROCEDIMIENTOS  
PACIENTE CON CAPACIDAD DE CONSENTIR**

Así mismo entiendo que la obtención de muestras ( Biopsias ) pueden ser un procedimiento necesario y acepto que dichas muestras sean obtenidas de acuerdo al criterio médico.  
El INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean removidos de mi cuerpo.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final. Se me advierte que hay otros riesgos imprevisibles ( reacciones alérgicas y/o idiosincrásicas a medicamentos, o medios de contraste, productos sanguíneos y elementos de monitoría ).

Hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y lo suscribo libre y espontáneamente, certificando además que he adquirido un conocimiento cualificado; profundo e integral sobre la naturaleza del procedimiento, efectos, riesgos, limitaciones, alternativas y que la información ha sido persistente a lo largo del proceso de atención.

Puedo revocar este consentimiento cuando en mí bien se presuma oportuno.

Firma del paciente

CC. N° **17632268**

Nombre del Testigo

Firma :

CC. N°

Nombre del médico que tramitó este consentimiento:

Firma:

DR. LORENA PAJARO  
MURIA PLATON RECONSTRUCCION  
INCC - E.S.E.  
C.C. 40.380.91 REG. MED. 30-83