



SERVICIO MÉDICO UNIANDES
DIRECCIÓN GESTIÓN HUMANA Y DO

CONSENTIMIENTO INFORMADO- SERVICIO MÉDICO

Ley 1419 de 2010

El **Consentimiento Informado** es una declaración de la voluntad emitida por el paciente, previo a la consulta médica, psicológica o procedimiento de enfermería, luego de recibir información suficiente sobre los beneficios, riesgos y alternativas de la consulta o intervención, de carácter permanente, aunque revocable por el paciente.

El médico y el psicólogo es el encargado de la consulta y de supervisar los procedimientos de enfermería, los cuales se explicarán en qué consisten, cuáles son los resultados esperados, riesgo o complicaciones más frecuentes que se pueden producir. Dicha explicación está basada en un lenguaje claro y entendible.

En caso que el paciente sea pediátrico o con discapacidad cognitiva moderada/severa, se le dará la información completa al adulto legalmente responsable.

Una vez el **médic@/psicolog@** conozca mis antecedentes, datos de la historia clínica y del examen físico si aplica, me informará sobre el (los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que considere idóneos para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de éstos. Entiendo que, si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumpla los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi **médic@**, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

De igual manera, entiendo que si el **médic@/psicolog@** cree que se me atenderá mejor con otro tipo de servicios (por ejemplo, servicios de urgencias), seré derivado a otro proveedor de salud y es mi responsabilidad garantizar que las instrucciones de referencia sean seguidas a tiempo.

Finalmente, para realizar el (los) procedimiento (s) de enfermería, conforme ordenado por el médico tratante, declaro teniendo la capacidad legal para hacerlo, que se me ha informado en un lenguaje claro y sencillo por parte de los profesionales de la salud, sobre la naturaleza y propósito de los procedimientos ordenados, así como lo relativo a las complicaciones más frecuentes derivadas de los mismos; además se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente.

Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Doy mi consentimiento para compartir la información de mi salud personal con el personal del Servicio Médico de la Universidad de los Andes.
2. Entiendo que tengo el derecho de negar o retirar mi consentimiento en el transcurso de la atención en cualquier momento sin afectar mi derecho a recibir atención o tratamiento en el futuro.
3. Entiendo que tengo derecho a inspeccionar toda la información obtenida y registrada en el curso de una interacción médica o psicológica, y puedo recibir copias de esta información.
4. Entiendo que puedo esperar los beneficios anticipados de la consulta médica o psicológica bajo mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni asegurar los resultados.
5. Las leyes que protegen la confidencialidad de mi información médica y psicológica. Sin embargo, existen excepciones obligatorias y permisivas a la confidencialidad, que incluyen, entre otras, solicitudes judiciales.

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre el servicio médico y psicológico, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Doy mi consentimiento informado para la atención en el Servicio Médico Uniandes.

Servicio Médico Uniandes