



CONSULTA GINECOLOGICA

(Nombre completo)

En éste acto médico, el (la) Doctor(a)

Previo análisis de mis antecedentes, datos de la historia clínica y del examen físico, me ordenaré exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulte. Posteriormente me hablará del(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que considere idóneo(s) 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 cumplo los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

FIRMA _____

CC # _____ de _____

Ciudad y Fecha: _____