

**CARTA DE CONSENTIMIENTO RAZONADO BAJO  
INFORMACIÓN  
RECHAZO AL TRATAMIENTO MEDICO, QUIRURGICO O A  
PRUEBAS DIAGNOSTICAS**

México, D.F. a \_\_\_\_\_

El que suscribe: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Con domicilio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por medio de la presente DECLARO que he sido debidamente informado por el Dr. XXXXXXXXXXXX, cirujano general con cédula profesional número XXXXXXXX y certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía General número XXXXXXXX en relación la necesidad de someterme a los siguientes tratamientos o pruebas diagnósticas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro que he sido debidamente informado y que entiendo los riesgos y beneficios del tratamiento y/o pruebas diagnosticas recomendadas por el médico tratante.

Declaro que se me han respondido y aclarado todas mis dudas acerca del tratamiento y/o pruebas diagnósticas recomendadas por el médico tratante.

Considerando todas las opciones anteriores, aceptando y entendiendo los riesgos y posibles consecuencias de mi decisión, declaro que no es mi deseo continuar con el tratamiento y/o pruebas propuestas por el médico tratante.

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_

Testigo del paciente

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del médico tratante

\_\_\_\_\_

Testigo del Médico