



## OBJETIVO

Actualizar y unificar el criterio sobre los procedimientos que se realizan en las Unidades de Primer Contacto y que requieren la autorización del consentimiento informado

## ALCANCE

Aplica al personal médico y de enfermería de las Unidades de Primer Contacto Guanajuato, León, Irapuato, Celaya y Salamanca.

## DEFINICIONES

**Cartas de consentimiento informado:** Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

**Consentimiento informado:** Procedimiento médico legal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir la obligación de respetar a los pacientes como individuos y respetar los derechos humanos.

## REFERENCIAS

NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico.

Fecha de emisión	No. de revisión	Código	Página
26/09/2025	02	SAL-A-13	1 de 4



## PROCEDIMIENTO

Al enfermo le asiste el derecho de estar informado acerca de su padecimiento, sobre la propuesta de tratamiento y terapias alternativas, riesgos y probabilidad de resultados adversos, para poder tomar una decisión afirmativa. Esto consta en la NOM-004-SSA3-2012 en donde se establece la obligación de informar al paciente y sus familiares más cercanos, los riesgos del tratamiento indicado.

Los contenidos mínimos deberán ser:

1. Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento,
2. Título del documento,
3. Lugar y fecha en que se emite,
4. Acto autorizado
5. Señalamientos de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado,
6. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva,
7. Nombre completo y firma del paciente, si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento, deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, del tutor o del representante legal,
8. Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado, en su caso, se asentarán los datos del médico tratante, y
9. Nombre completo y firma de dos testigos.

La observancia del consentimiento informado es obligatoria y sirve para manifestar documentalmente la actitud responsable y ética del personal médico respecto a la información al paciente sobre cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, sus riesgos, beneficios y alternativas, elevando la calidad de los servicios y garantizando el respeto a la dignidad y autonomía del paciente.

La información proporcionada al paciente debe de ser clara, veraz, suficiente, oportuna y objetiva. No tiene que contener palabras abreviadas, ni terminología científica.

Comentarios: El médico que realizará el procedimiento deberá explicar convenientemente al paciente y familiares sobre los diferentes tópicos arriba indicados. Esta información no debe proporcionarse en una charla de pasillo, en lugares públicos o en encuentros casuales, sino con la debida privacidad, necesaria para tal fin.

Si el paciente se niega a firmar, el médico no puede obligar a aceptar, pero sí debe conseguir la negativa por escrito o por lo menos, debe asentarlo por escrito en el expediente del paciente teniendo un testigo.

Fecha de emisión	No. de revisión	Código	Página
26/09/2025	02	SAL-A-13	2 de 4



**UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO  
SECRETARÍA DE GESTIÓN Y DESARROLLO  
RED MÉDICA UNIVERSITARIA**

***Guía para el Consentimiento Informado***

De igual manera, debe asentar en el expediente y obtener la firma del paciente en caso de que revoque su consentimiento previamente autorizado.

Procedimientos que requieren consentimiento informado:

- Suturas
- Biopsias
- Extirpación de nevos, granulomas y lipomas
- Escleroterapias
- Cauterizaciones
- Colocación y extracción de métodos anticonceptivos
- Detección oportuna del cáncer cérvico uterino
- Avulsión ungueal parcial o total.
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

Fecha de emisión	No. de revisión	Código	Página
26/09/2025	02	SAL-A-13	3 de 4



UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO  
SECRETARÍA DE GESTIÓN Y DESARROLLO  
RED MÉDICA UNIVERSITARIA

Guía para el Consentimiento Informado

FORMATO



Red Médica  
Universitaria  
UPC

SAL-FO-35

FECHA DE REVISIÓN : 15-03-2024 - N° DE REVISIÓN : 03

RED MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO  
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_

Consiento de manera voluntaria que la o el Dr. \_\_\_\_\_

me realice el procedimiento \_\_\_\_\_

Se me ha explicado y entiendo que el beneficio de este procedimiento tiene por objeto mejorar mi salud, y al ser un procedimiento menor, los riesgos que conlleva son mínimos (molestias locales, sangrado leve, cambio local de coloración, etc.). También estoy consciente de los cuidados que debo tener después del procedimiento y me comprometo a cumplirlos. Se me ha informado además, que en caso de alguna complicación durante el procedimiento, la Red Médica me brindará el apoyo y la atención necesaria, para lo cual doy mi autorización.

Quedo conforme con la información que me ha dado la o el médico tratante, además de que me ha aclarado las dudas que pudiera haber tenido, por lo cual, doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento antes mencionado.

Nombre del titular: \_\_\_\_\_

No. de Empleado: \_\_\_\_\_

Beneficiario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del o la paciente, o nombre y firma  
del padre, madre, tutor, tutora o responsable

\_\_\_\_\_  
Firma de la o el Médico tratante

Fecha de emisión	No. de revisión	Código	Página
26/09/2025	02	SAL-A-13	4 de 4