

# Declaración de procedimiento que no requiere consentimiento informado

Yo, Dr(a) \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad \_\_\_\_\_  
declaro que el (la) paciente \_\_\_\_\_  
Cédula de Identidad \_\_\_\_\_ no requiere Consentimiento Informado para realizar el  
procedimiento (nombre del procedimiento) \_\_\_\_\_ por la razón que se  
explicita a continuación (marque con una X):

- La falta de aplicación del procedimiento, supone un riesgo para la **salud pública**.
- El paciente no puede expresar su voluntad, ni es posible obtener el consentimiento de su apoderado, representante legal o quien esté a su cuidado. La falta del procedimiento inmediato descrito, implica **riesgo vital o secuela funcional** para el paciente por lo que es necesario realizarlo en forma impostergable.
- El paciente se encuentra **incapacitado** para manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser encontrado.

En el caso descrito, adoptaré las medidas apropiadas para garantizar la protección de la vida. Se debe dejar constancia en ficha clínica de la situación descrita.

Firma Médico: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad Médico: \_\_\_\_\_

Diagnóstico del Paciente: \_\_\_\_\_

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