

**CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN POR PEDIATRÍA**

CÓDIGO: HCFOR-002-07

VERSIÓN 01

PAGINA 1 de 1

FECHA: AGOSTO del 2017

FECHA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

TIPO Y NUMERO DE IDENTIDAD: _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

TIPO Y NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

Riesgos

Llanto, Activación del reflejo vagal: Nauseas y vómito, dolor a la realización de otoscopia, Laceración timpánica por pobre colaboración al examen de otoscopia.

Beneficios

Recibir recomendaciones de personal idóneo acerca del cuidado del niño, referentes tanto a la patología atendida, como a la puericultura en general; sin la necesidad de desplazarse a un centro médico.

Evitar el riesgo de infección cruzada en salas de espera de servicios médicos.

Evitar el riesgo de incidentes no previstos en el traslado a una institución de salud.

FIRMA PACIENTE Y/O CUIDADOR
