



Somos COFEPRIS,  
somos ARN



GOBIERNO  
FEDERAL

SALUD

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ que me identifico con \_\_\_\_\_

y con domicilio en : \_\_\_\_\_

---

Declaro que me ha sido explicado ampliamente por el C. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ sobre los riesgos de cicatrización, infección, inflamación, intolerancia, sangrado, presencia de secreciones, complicaciones, medidas de aseo, limpieza y cuidados a seguir en caso de que el procedimiento de \_\_\_\_\_ me ocasione alguna manifestación de intolerancia, inflamación, infección que requiera de cambiar, tratar o eliminar, así como las medidas a seguir en caso de infección.

Asimismo y para el caso de los procedimientos de micropigmentación o tatuaje estoy consciente de que los mismos son irreversibles, y en caso de disminuir la percepción de éstos deberá ser mediante prácticas médicas realizadas por profesionales especializados.

Sin perjuicio de los procedimientos que se realizarán declaro tener plena capacidad conciencia y lucidez, para decidir y aceptar el procedimiento de \_\_\_\_\_ bajo mi completa responsabilidad.

Nombre y Firma

Nombre y Firma

Nombre y Firma