

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA _____

FECHA:

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

He sido informado/a que el procedimiento consiste en:
.....
.....

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

Se me ha informado que, mediante este procedimiento:
.....
.....

ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

.....

RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO

.....
.....
.....

RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS

.....
.....
.....

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de anestesia, así como de los riesgos que ella implica. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados durante la anestesia y, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.



DECLARACION Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a).

Sr(a).

RUT.

RUT.

Firma:

Firma:

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, NO LO ACEPTO, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal:

RUT:

Firma:.....

Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente)

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal:

RUT:.....

Firma:.....

Fecha:.....

