

NOMBRE DEL PACIENTE:

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, le brindaremos información detallada acerca de la intervención o procedimiento a realizar. Le otorgaremos las mayores facilidades para resolver sus dudas y consultas. Este documento tiene como finalidad dejar constancia de que usted ha recibido la información necesaria para decidir si desea someterse al procedimiento o intervención quirúrgica que se le ha indicado.

Nombre de la intervención y/o procedimiento (sin abreviaciones)

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO:

por mí mismo / en representación del paciente ya individualizado, declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

MI DIAGNÓSTICO:

Las distintas alternativas de tratamiento que existen para el cuadro diagnóstico que ha motivado mi consulta, con sus variantes técnicas, y las ventajas y desventajas que cada una de éstas tiene desde un punto de vista general y para mi caso en particular.

Los objetivos, características de la cirugía y/o procedimiento propuesto, la posibilidad de ocurrencia de riesgos o complicaciones, que son inevitables, a pesar del esfuerzo y cuidado del equipo médico, y que en algunos casos limitan la posibilidad de lograr los beneficios terapéuticos asociados al tratamiento.

Que todo procedimiento terapéutico tiene implícito limitaciones técnicas, que se traducen en la existencia de un porcentaje de casos en: que no se logra los beneficios terapéuticos esperados; que ante el fracaso de una técnica de avanzada tecnología o la ocurrencia de una complicación, se hace necesario convertir el procedimiento a técnicas clásicas más invasivas; que ante la obtención de efectos parciales se hace necesario efectuar re intervenciones o procedimientos complementarios y otros; todo lo cual depende de factores variables e imprevisibles, y que en tal caso deberé asumir los gastos hospitalarios y médicos que ello signifique.

Que siempre existe la posibilidad menor, que ante la evidencia de situaciones del preoperatorio o hallazgos intra-operatorios no esperados, el cirujano deba: suspender la intervención programada; o variar la técnica escogida previamente; o bien que sea imperativo a la luz de la obligación del debido cuidado médico y beneficio de mi salud, ejecutar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos no programados ni informados, como: toma de muestras para biopsia, cultivos, extirpación de nódulos o masas tumorales, liberación de tejido adherencial, etc.

DECLARO que se me ha permitido realizar preguntas y se han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho (a) con la información recibida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación, con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS,

CONSIENTO

NO CONSIENTO

EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA Y/O PROCEDIMIENTO.

Firma y RUT del paciente o Representante Legal

Nombre y Firma del Médico

En Santiago, a _____ de _____ de _____

DECLARACIÓN DE REVOCACIÓN (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO: _____ por mi mismo / en representación del paciente ya individualizado, dejo constancia de mi decisión de revocar la autorización / el rechazo que firmé con anterioridad, para efectuar la cirugía y/o procedimientos descritos en el documento de consentimiento informado.

En Santiago, a _____ de _____ de _____

Firma y RUT del paciente o Representante Legal