

Consentimiento Informado para Intervención Quirúrgica / Procedimiento Invasivo.

(Versión 4)

Estimado paciente: De acuerdo a la indicación de su médico tratante usted debe someterse a la Intervención Quirúrgica / Procedimiento Invasivo, que se especifica más adelante.

Esta intervención o procedimiento tiene indicaciones, ventajas, desventajas y riesgos que usted debe conocer, y que se detallan en el documento adjunto, que forma parte de este consentimiento.

Lea cuidadosamente en el anexo adjunto la información de la Operación Quirúrgica / Procedimiento Invasivo, que se le ha indicado, consulte con su médico las dudas o inquietudes que tenga, y luego declare, mediante su firma en este documento, que se adjuntará a su ficha clínica, que recibió esta información y autoriza o rechaza el procedimiento indicado.

Usted puede revocar esta autorización hasta el momento de recepción en la Unidad o Servicio Clínico donde se le realizará la intervención o el procedimiento.

Fecha: _____ **Hora:** _____

A llenar por el profesional.

Nombre Paciente: _____

Edad _____ Rut _____ Ficha _____

Intervención / Procedimiento Invasivo.

Nombre del profesional _____ **Firma** _____

A llenar por el paciente (Marque su elección con una "X").

Yo _____

Declaro que he leído la descripción de la Operación / Procedimiento señalado en el recuadro anterior, sus objetivos, características y potenciales riesgos y he decidido **Aceptar** () / **Rechazar** () esta indicación, estando en conocimiento de la información contenida en el anexo señalado, y de las posibles consecuencias de mi decisión.

Firma Paciente _____

A llenar por Representante legal. (*)

Yo _____

Declaro que he leído la descripción del procedimiento señalado previamente, sus objetivos, características y potenciales riesgos, y he decidido **Aceptar** () / **Rechazar** () esta indicación, estando en conocimiento de la información contenida en el anexo descriptivo, y de las posibles consecuencias de mi decisión.

Firma del representante legal _____

(*) Menores de 18, personas, con dificultad de entendimiento, o alteración de conciencia.

REVOCACIÓN

A llenar por el paciente:

Nombre _____ Rut _____

He decidido **REVOCAR** la autorización para realizar este procedimiento y asumo las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones de esta decisión.

Firma Paciente _____

A llenar por Representante legal. (*)

Nombre _____ Rut _____

He decidido **REVOCAR** la autorización para realizar este procedimiento y asumo las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones de esta decisión

Firma Representante Legal _____

(*) Menores de 18, personas, con dificultad de entendimiento, o alteración de conciencia.

A llenar por el profesional receptor:

Nombre _____

Rut _____

Firma del Profesional Receptor: _____

Fecha _____

Hora: _____