

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
|  | <p align="center">DP 2.1</p> | <p>Versión: 06 Fecha de Elaboración: Junio 2021 Fecha de Revisión: Junio 2026 Página: 1 de 3</p> |
|--|-------------------------------------|---|

1.1. Formulario Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A.-Identificación:

Nombre del Paciente: _____ RUN _____

Nombre Técnico de la intervención o procedimiento: _____

Fecha de Obtención: _____

B.-Declaración de paciente: Se me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta intervención o procedimiento. También se me han dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las alternativas de tratamiento. Además, se me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que se va a aplicar (si procede). He realizado las preguntas que estimé oportunas, todas las cuales han sido contestadas con respuestas que considero suficientes y aceptables. He entendido la explicación que se me entregó respecto de lo que consiste la intervención o procedimiento a realizar y que esta será ejecutada por el equipo que el Servicio designe.

Por tanto, contando con la información que se me ha entregado y que he entendido:

OTORGO MI CONSENTIMIENTO PARA SER INTERVENIDO.

NOMBRE DEL PACIENTE

FIRMA DEL PACIENTE

C.-Profesional responsable: He informado al paciente y/o tutor o familiar del propósito y naturaleza de la operación o procedimiento descrito arriba, de sus alternativas, riesgos posibles y de los resultados que se esperan.

RUN del Profesional Responsable

Firma y Timbre del Profesional

D.-Tutor legal o familiar: Por cuanto el paciente, señalado arriba, no se encuentra en condiciones, o está incapacitado, para tomar la decisión de Aceptar o Rechazar la intervención quirúrgica o procedimiento propuesto, asumo su representación, y habiendo recibido y entendido la información sobre sus objetivos, características y potenciales riesgos.

() Otorgo.

() No otorgo el consentimiento para que el equipo médico que el Servicio designe y el personal auxiliar que se precise, procedan a su realización.

Nombre y RUN Tutor/Familiar Responsable

Firma Tutor/Familiar Responsable

PROTOCOLO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES CON PROCEDIMIENTOS
DE MAYOR RIESGO

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
|  | <p align="center">DP 2.1</p> | <p>Versión: 06 Fecha de Elaboración: Junio 2021 Fecha de Revisión: Junio 2026 Página: 2 de 3</p> |
|--|-------------------------------------|---|

E.-Rechazo de Consentimiento: En pleno ejercicio de mis facultades y contando con la información que claramente me ha entregado el equipo médico, dejo constancia de mi rechazo a que se me realicen intervención quirúrgica o procedimiento invasivo o riesgoso, que se me ha propuesto. Libero de toda responsabilidad al establecimiento y su personal de las consecuencias que resulten de esta decisión que he tomado voluntariamente.

Nombre y RUN del Paciente

Firma del Paciente o Tutor

F.-Revocación del Consentimiento: El presente consentimiento de intervención Quirúrgica o procedimiento invasivo o riesgoso puede ser Revocado (o modificado) por voluntad del paciente o su representante, en el momento que estime conveniente, previo a la intervención. Para ello, se dejará registro en la institución, liberando el paciente y/o representante, al hospital y su personal de las consecuencias derivadas de tal revocación.

Nombre y RUN del Paciente

Firma del Paciente o Tutor

FECHA DE REVOCACIÓN: _____

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
|  | <p align="center">DP 2.1</p> | <p>Versión: 06 Fecha de Elaboración: Junio 2021 Fecha de Revisión: Junio 2026 Página: 3 de 3</p> |
|--|-------------------------------------|---|

INFORMACION PARA ESTUDIOS IMAGENOLOGICOS CON MEDIO DE CONTRASTE YODADO ENDOVENOSO

Usted será sometido a un examen mediante Rayos X solicitado por su médico tratante. Esto entregará información que nos ayudará a comprender y tratar mejor su enfermedad.

Como parte importante de este estudio es necesaria la inyección por una vena de un medio de contraste **yodado**, que es un medicamento usado para mejorar la visualización de algunos órganos internos.

Hemos tomado las medidas para prevenir riesgos, molestias o efectos secundarios.

En la mayoría de los pacientes la inyección intravenosa de contraste no produce ninguna molestia significativa. Ocasionalmente pueden producirse **efectos no deseados** de diferente grado.

1.- **Reacciones leves** como sensación de calor o mal sabor en la boca, náuseas, vómitos o picazón en la piel.

Estas reacciones no necesitan tratamiento o se corrigen fácilmente con medicamentos adecuados.

2.- **Reacciones graves.** Son molestias más severas como dificultad respiratoria, arritmia cardíaca, convulsiones, falla renal, pérdida de conciencia u otras. Estas necesitan tratamientos más complejos.

La posibilidad que esto ocurra es de 4 de cada 10.000 pacientes.

3.- **Muerte.** Es excepcional pero los medios de contraste yodados la pueden producir.

La posibilidad que esto ocurra es de 1 cada 100.000 ó 150.000 pacientes.

En algunos pacientes estos riesgos son más altos, por lo que es importante que nos comunique si ha recibido antes **algún medio de contraste** y si tuvo alguna **complicación** con ellos o si tiene alguna **enfermedad** conocida. También debe informar si es **alérgico o asmático**.

Hoy en día no hay ninguna prueba que permita conocer en qué personas se va a producir una reacción ni la gravedad de esta. La alternativa posible de este examen es la Resonancia Magnética.

PROTOCOLO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES CON PROCEDIMIENTOS
DE MAYOR RIESGO