# 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. 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 entrego 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**

**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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**