

## **FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO.**

NOMBRE DEL PACIENTE: ..... APELLIDOS: .....

RUT..... EDAD: ..... FECHA DE NACIMIENTO:.....

DIAGNÓSTICO:.....  
**(NO utilizar ABREVIATURAS)**

DOCUMENTO GENERAL DE INFORMACIÓN PARA: .....

.....  
**(NO utilizar ABREVIATURAS)**

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, de su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

### **LO QUE USTED DEBE SABER**

#### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

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 o hipótesis diagnóstica, 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.

Que entre las alternativas a mi elección también está el no someterme a tratamiento alguno.

Los beneficios y limitaciones que se describen para las distintas alternativas de tratamientos analizadas, tanto desde un punto de vista general, como para mi caso en particular.

#### CÓMO SE REALIZA

La realización de todo procedimiento requiere de someter al paciente a sedación o anestesia local, regional, epidural o general; técnica que será determinada para mi caso particular conforme a la valoración profesional que efectúe el equipo médico tratante y el anestesiólogo a cargo, considerando factores de carácter médico generales y mi condición personal; y que cualquiera sea la técnica escogida, ésta implicara ventajas y beneficios, pero también tiene asociados riesgos y complicaciones inherentes a su ejecución.

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 reintervenciones o procedimientos complementarios; que ante la ocurrencia de una complicación se hace necesario efectuar reintervenciones y otros; todo lo cual depende de factores variables e imprevisibles, y que en tal caso deberá asumir los gastos hospitalarios y médicos que ello signifique.

**QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:**

La realización de todo procedimiento quirúrgico o invasivo supone necesariamente un período de recuperación, en general variable conforme al tratamiento realizado y, en particular, dependiente de las características propias de cada individuo y su evolución y capacidad de recuperación.

**EN QUÉ LE BENEFICIARÁ**

En la mejoría total o parcial de la enfermedad en curso.

**QUÉ RIESGOS TIENE**

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Todo procedimiento quirúrgico tiene implícito en su ejecución riesgos o complicaciones; incluso algunos asociados a la técnica de sedación o anestesia que se debe utilizar; todos los cuales a pesar de todas las medidas y cuidados adoptados por el equipo médico, son inevitables en su ocurrencia, como por ejemplo, problemas cardiovasculares, afecciones pulmonares o respiratorias, infecciones, compromisos o daño neurológico, hemorragias, reacciones alérgicas, trombosis, y otros tales como el riesgo de mortalidad que existe aunque sean en un porcentaje muy menor de los casos.

También se me ha informado que todas las alternativas de tratamiento quirúrgico o invasivo propuestas, llevan implícita 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. Son ejemplo de estos casos: hematomas y sangramientos; infección a nivel superficial, profundo o sistémico; lesión de estructuras vasculares o nerviosas; pérdida de sensibilidad en zona operada; desarrollo de cicatrices hipertróficas, queloides, o pigmentadas; necrosis de piel; fibrosis; irregularidades superficiales; compromiso o daño neurológico; compromiso pulmonar o respiratorio; lesión sobre órganos, dificultad en procesos de cicatrización y cierre de heridas operatorias a nivel externo e interno y otros.

**SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:**

Siempre existe la posibilidad menor, que ante la evidencia de situaciones del pre operatorio o hallazgos intraoperatorios no esperados, el cirujano deba suspender la cirugía o 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, transfusiones de sangre o de sus componentes, etc.

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

SI NO Autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI NO Autorizo la utilización de imágenes como fotos o videos para documentar mejor el caso.

### **DATOS DEL/DE LA PACIENTE Y/O DE SU REPRESENTANTE LEGAL**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ..... , autorizo a la realización de esta intervención, asumiendo los riesgos y consecuencias que se puedan derivar para mi salud.

RUT..... FIRMA .....

### **MEDICO RESPONSABLE DEL PROCESO DE INFORMACION Y/O CONSENTIMIENTO**

Nombre y Apellidos del profesional.....

RUT..... FIRMA .....

**Fecha de obtención del consentimiento informado:**.....

### **RECHAZO DE LA INTERVENCION**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos pacientes y/o representante legal

RUT..... FIRMA .....

Fecha.....

### **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Yo, Don /Doña (Nombre y Apellidos) ....., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.

Datos pacientes y/o representante legal.....

RUT..... FIRMA .....

Fecha.....