

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS TERAPÉUTICOS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Por el presente documento declaro haber sido informado (a) respecto de todos los alcances de o los procedimientos que se efectuarán, de acuerdo con el diagnóstico de la enfermedad que padezco.

Don (ña): Rut :

Diagnóstico:

y que en esa condición requiere que se efectúen
Procedimientos Diagnósticos:

Procedimientos Terapéuticos:

Procedimientos Quirúrgicos:

Intervención Quirúrgica:

Asimismo, he sido informado(a) acerca de las características, potenciales riesgos, efectos colaterales, complicaciones y ventajas de estos procedimientos médicos, que tienen por objetivos la prevención, el tratamiento de la enfermedad o rehabilitación, como también las consecuencias de rechazar o interrumpir las indicaciones recibidas. Por lo tanto, doy mi Consentimiento Informado para que el profesional de salud realice los procedimientos e intervenciones quirúrgicas indicados. Acepto también la administración del Anestésico indicado, necesario para la realización de los procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas.

Si en el transcurso o a consecuencia de las mismas se presentan situaciones imprevistas que requieran exámenes o procedimientos diferentes o adicionales, acepto y autorizo desde ya a dichos profesionales para realizarlos.

Paciente :
Firma Rut

Representante del Paciente
Rut Firma Nombre

Parentesco:

Con esta fecha, yo revoco mi consentimiento prestado anteriormente, asumiendo la responsabilidad de esta decisión, y en pleno conocimiento de las consecuencias de que esto se pueda derivar.

Firma _____, Fecha

El profesional que suscribe, declara haber informado al paciente (o a su representante) el diagnóstico, los procedimientos necesarios, el tratamiento indicado y sus eventuales riesgos.

Nombre Rut Firma

Ovalle,