

Consentimiento Informado para Intervención Quirúrgica / Procedimiento

Estimado paciente: De acuerdo a la indicación de su médico tratante usted debe someterse a Intervención Quirúrgica / Procedimiento.

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, que se ha indicado, consulte con su médico las dudas o inquietudes que tenga, y luego declare, mediante su firma en este documento, que se adjuntara 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 realizara la intervención o el procedimiento.

Fecha _____ Hora: _____

A llenar por profesional:

Nombre Legal del Paciente (Social): _____

Edad: _____ Rut: _____

Intervención/Procedimiento:

Nombre Profesional:

_____ Firma: _____

A llenar por el paciente. La persona Trans debe colocar su nombre legal después su nombre social entre paréntesis. Marque con una X aceptar o rechazo,

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 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 del representante legal _____

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

REVOCACIÓN

A llenar por el paciente:

Nombre Legal (Social): _____ Rut: _____

He decidido **REVOCAR** la autorización para realizar esta Intervención / 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 esta Intervención/ 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: _____