



Servicio de Salud Del Maule
Hospital San Juan de Dios de Curicó
Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO O AUTORIZACION PARA TERAPIAS, PROCEDIMIENTOS Y/O CIRUGIA CON ANESTESIA

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE:

RUT DEL PACIENTE:

DIAGNOSTICO:

Por el presente documento señalo:

1.- He recibido información sobre la naturaleza de la enfermedad y los fines terapéuticos y el objetivo del procedimiento y/o cirugía necesaria para el restablecimiento de la salud, consistente en realizar:

Lateralidad:

2.- Asimismo he sido informado de los beneficios, complicaciones, molestias concomitantes y riesgos que pueden producirse, así como las posibles alternativas al tratamiento propuesto y las consecuencias de no aceptar el procedimiento.

3.- Si en el curso de la operación se presentaren condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes de los previstos, consiento a la realización de operaciones y procedimientos adicionales que los médicos juzguen necesarios. Asimismo, consiento la administración de los anestésicos que se consideren necesarios.

4.- Se me señala además que puedo solicitar más información al equipo médico, cuando lo requiera.

5.- Revocabilidad

Se me señala que hacer, si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.

Yo, _____
Cédula de identidad n° _____, deajo en constancia que he recibido sistemáticamente ésta información y comprendo sus alcances. Por lo tanto, **ACEPTO** el procedimiento que se me ha propuesto.

Firma: _____ Fecha: Curicó, _____ de _____ 20_____

Yo, _____
Cédula de identidad n° _____, deajo en constancia que he recibido sistemáticamente ésta información y comprendo sus alcances. Por lo tanto, **RECHAZO** el procedimiento que se me ha propuesto.

Firma: _____ Fecha: Curicó, _____ de _____ 20_____

Revocabilidad

Yo, _____
Cédula de identidad n° _____, he cambiado de opinión y **REVOCO** la decisión anteriormente firmada.

Firma: _____ Fecha: Curicó, _____ de _____ 20_____

Identificación del profesional