

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS, DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS.

DATOS PERSONALES PACIENTE

Nombres: _____ Apellidos: _____

R.U.T.: _____ Edad: _____

REPRESENTANTE LEGAL / VÁLIDO

(si corresponde, en caso de menores de edad o incapacidad del paciente)

Nombres: _____ Apellidos: _____

R.U.T.: _____ Edad: _____

Diagnóstico(s): _____

Procedimiento a realizar: _____

Yo consciente de mis actos, en forma libre y voluntaria, declaro haber recibido información clara y oportuna sobre la naturaleza y propósito del procedimiento, sus beneficios, riesgos, alternativas, efectos secundarios, efectos no deseados y posibles complicaciones derivadas del mismo.

Declaro asimismo que he tenido la oportunidad de aclarar mis dudas y de formular todas mis consultas las que han sido contestadas a mi entera satisfacción.

Por lo anteriormente expuesto, otorgo mi consentimiento para ser sometido al procedimiento anteriormente especificado y a las acciones que sean necesarias en el caso de surgir complicaciones durante el procedimiento. Además doy mi consentimiento para que se me administren los medicamentos e infusiones que se requieran para la realización de éste, o que deriven del mismo y que sean indicados por el equipo médico tratante.

En caso de revocación de este consentimiento declaro conocer que debo firmar otro documento específico para tal efecto.

Firma del paciente o del representante legal / válido

Fecha

Yo Dr.(a) ó Profesional: _____

Declaro haber informado oportuna y adecuadamente al paciente arriba firmante y haber aclarado sus dudas en cuanto al procedimiento al cual será sometido.

Firma del médico o profesional quien realiza procedimiento

Fecha