



Consentimiento Informado para Procedimiento Invasivos y/o Quirúrgicos

Sr (a) _____ de _____ años de edad

Rut: _____ Teléfono _____ con domicilio en _____

Sr (a) _____ de _____ años de edad

Rut: _____ Teléfono _____ con domicilio en _____ en calidad de _____

(Representante Legal o Familiar)

DECLARO

Que él/ la Dr. / Dra..... me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación al tratamiento **quirúrgico y/o invasivo** consistente en.....

1.- INFORMACION ENTREGADA POR EL PACIENTE

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

2.- INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PACIENTE

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; ya que, el Dr. /Dra. su equipo me han dado a conocer y me han explicado en términos que he podido comprender, lo siguiente

A. Mi diagnóstico:

.....

B. 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.

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

D. 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.

E. Que todo procedimiento quirúrgico tiene implícito en su ejecución riesgos y/o complicaciones; incluso algunos asociados a la técnica de sedación y/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 y/o respiratorias, infecciones, compromisos o daño neurológico, hemorragias, reacciones alérgicas, trombosis, y otros tales como el riesgo de mortalidad que existe en un porcentaje muy menor de los casos.

F. También se me ha informado que todas las alternativas de tratamiento quirúrgico propuestas, llevan implícita la posibilidad de ocurrencia de riesgos y/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 y/o nerviosas; pérdida de sensibilidad

en zona operada; desarrollo de cicatrices hipertróficas, queloides, o pigmentadas; necrosis de piel; fibrosis; irregularidades superficiales; compromiso y/o daño neurológicas; compromiso pulmonar y/o respiratorio; lesión sobre órganos, dificultad en procesos de cicatrización y cierre de heridas operatorias a nivel externo e interno y otros

G. Que la realización de todo procedimiento requiere de someter al paciente a sedación o anestesia local, regional, epidural o general; técnica que será determinado 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

H. Que 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 deberé asumir los gastos hospitalarios y médicos que ello signifique.

I. Que 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.

J. Que siempre existe la posibilidad menor, que ante la evidencia de hallazgos intra operatorios 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 y o masas tumorales, liberación de tejido adherencial, etc.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para PROCEDIMIENTO INVASIVOS Y/O QUIRURGICOS.

En _____ **(lugar y fecha)**

_____	_____	_____
Nombre del Médico	Nombre Profesional	Firma del Paciente

_____	_____	_____
Firma Médico	Firma Profesional	Firma del Representante

REVOCACION

Sr (a) _____ de _____ años de edad

Rut: _____ Teléfono _____ con domicilio en _____

Sr (a) _____ de _____ años de edad

Rut: _____ Teléfono _____ con domicilio en _____

_____ en calidad de _____
(Representante Legal o Familiar)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En _____ *(lugar y fecha)*

Nombre del Médico

Nombre Profesional

Firma del Paciente

Firma Médico

Firma Profesional

Firma del Representante