

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-143

Acupuntura

Rev. 02

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

La acupuntura es una especialidad terapéutica de la medicina tradicional china (MTC).

CARACTERÍSTICAS DE LA ACUMPUTURA (En qué consiste)

Consiste en la inserción de agujas de acero inoxidable desechables en puntos específicos de la superficie del cuerpo para mantener y recuperar el estado de salud, y que permite controlar y/o tratar un gran número de enfermedades.

RIESGOS POTENCIALES DE LA ACUMPUTURA

Se me ha informado que la acupuntura es un método muy seguro de tratamiento, pero puede tener algunos efectos secundarios como: la producción de pequeños moretones o hinchazón localizada de la piel puncionada; además algunas personas podrían presentar mareos, desmayos y hasta náuseas en pacientes muy nerviosos. Algunas veces puede verse un sangrado mínimo, tipo gotita en el lugar de punción especialmente al retirar las agujas. En algunos casos muy infrecuentes puede haber empeoramiento de los síntomas que existían antes del procedimiento. Otros riesgos, extremadamente infrecuentes, son punción de un órgano, incluyendo pulmón (neumotórax), infección por la punción, aunque las agujas son estériles y desechables y se manipulan siempre con técnicas de esterilización.

Se me ha informado que debo avisar al médico si me encuentro embarazada, ya que hay algunos puntos de acupuntura podrían desencadenar síntomas de trabajo de parto.

Estoy al tanto que los médicos no pueden anticipar todas las complicaciones y riesgos posibles pero si están en capacidad para tratarlas adecuadamente.

Entiendo que los resultados de los tratamientos no pueden ser garantizados en todos los Pacientes.

Durante el tratamiento es posible que se realicen varias sesiones generalmente de 5 a 10 en

Número, con una duración aproximada de 20 a 30 minutos cada una.

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos, tratamiento con anticoagulantes y/o antiinflamatorios) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico 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 previo a la intervención 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 los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin **mencionar mi identidad**.

No autorizo lo anterior

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-143

Acupuntura

Rev. 02

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Acupuntura**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una Acupuntura.

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **Acupuntura** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)