

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-30

### Implante de Marcapaso

Rev.04

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

El objetivo de este procedimiento es regularizar los problemas del aparato exitoconductor del corazón. Las indicaciones requieren usualmente tanto de síntomas como evidencia de arritmias

#### CARACTERÍSTICAS DEL IMPLANTE DE MARCAPASO (En qué consiste)

Se coloca debajo de la piel de dicha zona un pequeño aparato electrónico (generador) que producirá impulsos eléctricos, y se une a dos o tres cables (electrodos), según los casos, muy finos y flexibles. Estos se introducen por una vena y se les hace avanzar hasta el corazón con control radioscópico, habitualmente se colocan en la aurícula derecha, ventrículo derecho y seno coronario. Una vez comprobado el correcto funcionamiento del marcapasos se cierra la herida de la piel con unos puntos de sutura. Después de la implantación el paciente deberá permanecer en reposo varias horas.

#### RIESGOS POTENCIALES DEL IMPLANTE DE MARCAPASO

La naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando entre los riesgos los siguientes:

- Infección de herida operatoria
- Sangramiento
- Taponamiento cardíaco
- Arritmias
- Desprendimiento de electrodo intracavitario
- Perforación cardíaca

La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de la condición y estado de salud previo o coetáneo del paciente.

La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

#### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En su caso, la mejor opción es la cirugía

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

Y en tales condiciones

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-30

Implante de Marcapaso

Rev.04

### 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)

un **Implante de Marcapaso**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Implante de Marcapaso**

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 un **Implante de Marcapaso** 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)

### REVOCAACION:

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)