

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Procedimientos Quirúrgicos en Niños

FL-CIN-07

Rev.01

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)

Este Consentimiento Informado se utiliza para aquellos procedimientos y cirugías que no tengan documentación detallada.

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

a. Objetivos del procedimiento

b. Descripción detallada del procedimiento

La realización de todo proceso quirúrgico requiere someter al paciente a sedación o anestesia local, regional, epidural o general; técnica que será determinada para el caso de mi hijo (a) en particular conforme a la valoración profesional que efectúe el equipo médico tratante y el anestesiólogo a cargo, considerando factores de carácter medico generales y la condición personal de mi hijo (a), y que en cualquiera sea la técnica escogida, ésta implicará ventajas y beneficios pero también tiene asociados riesgos y complicaciones inherentes a su ejecución.

c. Riesgos generales y específicos del procedimiento.

Todas las alternativas de tratamiento quirúrgico llevan implícita la posibilidad de ocurrencia de riesgos 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 ejemplos de estos casos: complicaciones asociadas a la técnica de sedación o anestesia que se debe utilizar; hematomas y sangramientos, infección a nivel superficial, profundo o sistémico; lesión de estructuras vasculares o nerviosas; pérdida de sensibilidad en la zona operada; desarrollo de cicatrices hipertróficas, queloides, o pigmentadas; necrosis de piel; fibrosis; e irregularidades superficiales, compromiso o daño neurológico; compromiso pulmonar o respiratorio; lesión sobre órganos, dificultad en procesos de cicatrización y cierre de heridas operatorias a nivel externo e interno, así como también, reacciones alérgicas, problemas cardiovasculares, trombosis y otros tales como el riesgo de mortalidad que es variable dependiendo del diagnóstico y de la condición basal del paciente.

Todo procedimiento terapéutico tiene implícito limitaciones técnicas, que se traducen en la existencia de un porcentaje de casos en que no se logran 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 o procedimientos complementarios.

Durante la cirugía pueden aparecer hallazgos que hagan necesario cambiar el procedimiento iniciado inicialmente.

Que la realización de todo procedimiento quirúrgico 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.

d. Riesgos personalizados y otras circunstancias.

e. Alternativas al procedimiento.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Procedimientos Quirúrgicos en Niños

FL-CIN-07
Rev.01

Confirmando que he leído y comprendido lo descrito en este documento y se me han aclarado mis dudas y preguntas por el médico que me ha atendido explicándome que es, como se realiza y para que sirva la operación o procedimiento.

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

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 **Operación o Procedimiento** _____

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Operación o Procedimiento** _____

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 _____ 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)