

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL PEDIATRICO

FL-DIR-02

Rev. 00

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

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

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

a. Objetivos del procedimiento

b. Descripción detallada del procedimiento

c. Riesgos generales y específicos del procedimiento.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, anemia, obesidad) y los específicos del procedimiento:

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento m é d i c o (medicamentos, sueros, etc..) pero pueden llegar a requerir una intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

d. Riesgos personalizados y otras circunstancias.

e. Alternativas al procedimiento

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL PEDIATRICO

FL-DIR-02

Rev. 00

Confirmando que he leído y comprendido lo descrito en este documento y se me han aclarado todas mis dudas y preguntas por el médico que me ha atendido explicándome que es, como se realiza y para qué sirve 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 nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Dr.(a). _____ me ha explicado que es necesario proceder en la situación de mi hijo (a) a una **OPERACIÓN O PROCEDIMIENTO**_____.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **OPERACIÓN O PROCEDIMIENTO**_____.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____.

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

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

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACIÓN:

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

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

en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____