

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-DIR-01

## GENERAL

Rev. 02

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, edad avanzada, anemia, obesidad...) y los específicos del procedimiento:

---

---

---

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (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

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p style="font-weight: bold; margin: 0;">CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	<p style="margin: 0;">FL-DIR-01</p>
	<p style="font-weight: bold; margin: 0;">GENERAL</p>	<p style="margin: 0;">Rev. 02</p>

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 mi situación 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** \_\_\_\_\_