

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-DIR-04

Cirugía Mayor Ambulatoria

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)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

INTERVENCIÓN PROPUESTA: \_\_\_\_\_

La "Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)" corresponde a aquellos procesos quirúrgicos (incluyendo procedimientos terapéuticos y/o diagnósticos) que requieran de la administración de anestesia general, regional y/o sedación profunda, sin requerir un cuidado post operatorio complejo, con un tiempo de estadía hospitalaria no mayor a 24 horas, acudiendo el paciente a Hospital Clínico Viña del Mar el mismo día de su cirugía, retornando tras este a su domicilio.

Este corresponde a un modelo de asistencia multidisciplinaria que permite una atención segura y efectiva, dado que el proceso se encuentra diseñado para su mayor comodidad.

### OBJETIVO

Este modelo de atención permite la efectiva resolución de la patología por la que usted ha consultado, manteniendo la comodidad del pronto retorno a su domicilio, reduciendo el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud y mejorando el resultado del post operatorio, al poder realizarlo en su domicilio.

### CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA (En qué consiste)

Declaro que mi médico tratante me ha explicado de forma clara y sencilla las características de la intervención a la cual seré sometido y me ha indicado que, en lo particular, mi situación clínica permite el poder optar a una cirugía mayor ambulatoria.

Tengo entendido a su vez que, de forma eventual en caso de que existan complicaciones o riesgos no previsibles, mi estadía hospitalaria se pudiese prolongar o se deban realizar procedimientos adicionales no explicados con anterioridad a fin de obtener la correcta resolución de mi enfermedad.

### RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

A pesar de la adecuada elección y realización del procedimiento quirúrgico, estoy consciente que pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención quirúrgica, como otros específicos del procedimiento al que seré sometido, los cuales han sido detallados por mi médico tratante y descritos en el documento de consentimiento específico de mi cirugía.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

En caso de no poder realizarse la intervención en modalidad de cirugía mayor ambulatoria, la intervención quirúrgica propuesta puede realizarse con una estadía hospitalaria prolongada, sin poder obtener los beneficios de un pronto retorno a mi domicilio.

Confirmando que he leído y comprendido lo descrito en este documento y se me han aclarado todas mis dudas y consultas referentes a la realización de procedimientos en modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Y en tales condiciones

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-DIR-04

Cirugía Mayor Ambulatoria

Rev. 01

### 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 \_\_\_\_\_ en modalidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe de forma ambulatoria el 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 mi cirugía en modalidad de **Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)** 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 mi cirugía en modalidad de **Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)**.

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)