

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-147

Contratación Servicio Conservación Células Madres

Rev.02

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)

Autorizo la extracción, almacenamiento y transporte de la sangre obtenida del cordón umbilical y placenta después del nacimiento de mi hijo (a), procedimiento realizado por el (o la) profesional.

CI: _____

a quien autorizo para realizar dicho procedimiento, el que he contratado previamente con el Banco de células madres llamado _____ quien además proveerá de todo insumo e instrumental que se requiera para la adecuado obtención y manejo de la sangre de cordón umbilical.

Se deja constancia que:

- Este es un procedimiento de recolección de sangre de cordón umbilical y placenta para fines de conservación de células madres, que la madre contrata previamente con las empresas habilitadas para ello, llamadas Banco de Células Madres
- Tanto el médico obstetra como la matrona privada que atienden el parto, deben estar en concurriendo de este requerimiento contratado por la madre y deben facilitar la recolección de la muestra.
- La sangre debe ser obtenida por profesional matrona (ón), que la Empresa Banco de Células Madres, ha contratado y/o autorizado previamente y que además está debidamente acreditado en Hospital Clínico Viña de Mar
- Hospital Clínico Viña del Mar, no se hace responsables por la obtención inadecuada o insuficiente de la sangre de cordón umbilical y placenta, ni por el servicio contratado con las Empresa Banco de Células madres

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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 Contratación Servicio Conservación Células Madres

FL-CDM-147

Rev.02

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 **Contratación Servicio Conservación Células Madres**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Contratación Servicio Conservación Células Madres**.

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 una **Contratación Servicio Conservación Células Madres** 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)