

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CAR-03

Tratamiento con Anticoagulante Oral con Antagonista  
de la Vitamina K

Rev. 04

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: \_\_\_\_\_

### INFORMACION GENERAL

Todas esas condiciones han sido valoradas por mi médico antes de someterme a este procedimiento. Me ha aclarado que se harán todas las pruebas y se adoptarán todas las medidas necesarias para que los riesgos descritos se reduzcan al máximo.

También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha dado la oportunidad de formular todas las observaciones que he considerado oportunas y me ha aclarado todas las dudas que he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo adecuadamente el alcance y los riesgos del procedimiento objeto de este consentimiento.

Y en tales condiciones.

### OBJETIVO

Este tratamiento tiene como principal objetivo la prevención de las trombosis o embolias (obstrucción de los vasos sanguíneos) y sus complicaciones.

### CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K (En qué consiste)

Consiste en la administración de un anticoagulante (que disminuye la capacidad de la sangre para formar coágulos o trombos) por vía oral cuyas dosis deberán ser ajustadas en función de controles analíticos periódicos, con objeto de conseguir el nivel de anticoagulación adecuado. Estos controles se llevan a cabo por medio de una extracción de sangre, acudiendo a visitas programadas al centro de control.

También me ha justificado las razones generales y particulares por las que este tratamiento puede resultar beneficioso para mi salud. En esencia, poder prevenir activamente las trombosis y las embolias.

### RIESGOS POTENCIALES DEL TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTAGONISTAS DE LA VITAMINA K

Los riesgos que pueden derivarse de no efectuar el tratamiento anticoagulante, que serían los derivados de no gozar de la debida prevención antitrombótica. Las trombosis y las embolias arteriales producen la interrupción de la circulación sanguínea oxigenada de una zona de tejido u órgano provocando finalmente un infarto (muerte de las células) de dicha zona. Las consecuencias de ello suelen ser importantes secuelas permanentes de tipo neurológicos, cardíacas, pulmonares, etc.

O amputaciones en miembro, pudiendo sobrevenir la muerte si se producen lesiones graves en órganos vitales. En el caso de la prevención de trombosis venosas, las complicaciones más frecuentes con la retrombosis, las secuelas posttrombóticas (úlceras) y la embolia pulmonar que puede resultar en secuelas pulmonares permanentes o causar la muerte.

### OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Me ha informado también sobre las posibles alternativas a este tratamiento, aclarándome que hoy día no existen alternativas al tratamiento anticoagulante con mejor perfil de eficacia y seguridad para mi enfermedad o riesgo concretos.

Además me ha aclarado que el tratamiento no está exento de riesgos y me ha explicado cuáles son tales riesgos. Me ha informado de que este tratamiento, al reducir la capacidad de coagular, conlleva un riesgo incrementado de padecer de hemorragias, Rara vez pueden suceder hemorragias graves en órganos vitales que obliguen a ingreso hospitalario, que reduzcan secuelas o incluso la muerte. Otros posible efectos indeseables del tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K son la alergia al medicamento (generalmente cutáneas) y el aumento de fragilidad del cabello.

Asimismo me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo, raza, profesión, credo religioso, etc.) existen los siguientes riesgos adicionales (rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).

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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small;">HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p> <p>Tratamiento con Anticoagulante Oral con Antagonista de la Vitamina K</p>	<p>FL-CAR-03</p>
		<p>Rev. 04</p>

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

**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)

un **Tratamiento con Anticoagulante Oral con Antagonistas de la Vitamina K.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Tratamiento con Anticoagulante Oral con Antagonistas de la Vitamina K.**

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 un **Tratamiento con Anticoagulante Oral con Antagonistas de la Vitamina K** 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)