

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Para Procedimientos Intervencionales (Punciones Guiadas)

FL-IMA-14

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: _____

OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es obtener muestras de tejidos para certificar un diagnóstico mediante la evaluación histopatológica del tejido a células obtenidas, drenar un absceso o hematoma o insertar un guía de marcación pre quirúrgico.

CARACTERÍSTICAS DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONALES (PUNCIONES GUIADAS) (En qué consiste)

Su médico le ha solicitado un procedimiento que requiere efectuar una punción guiada bajo visión radiológica o ultrasonográfica, para obtener muestras o células de tejidos, de un determinado órgano, drenar una colección hemática o purulenta o bien efectuar una marcación pre quirúrgica de alguna lesión. La punción será realizada por un médico especialista, quien previamente evaluará las condiciones necesarias para realizar el procedimiento con mínimos riesgos para su salud. La punción requiere insertar una aguja en un determinado tejido, lo que provocará dolor, similar a cualquier inyección intramuscular o endovenosa.

RIESGOS POTENCIALES DE PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONALES (PUNCIONES GUIADAS)

Puede presentar alguna complicación hemorrágica, inflamatoria o infecciosa secundaria a la punción. Puede existir también, la posibilidad de que la cantidad de muestra extraída del procedimiento sea insuficiente para ser procesada por Anatomía Patología, caso en el cual, deberá repetirse el procedimiento, con cargo al paciente.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Contraindicaciones:

Encontrarse en tratamiento anticoagulante.

Presentar Hemofilia o Trastorno de la coagulación

Advertencia:

Si Ud. se encuentra en tratamiento anticoagulante, presenta algún Trastorno de la coagulación o Hemofilia, deberá comunicarlo antes de realizarse el procedimiento, ya que eso lo contraindica.

Las punciones tiroideas que tengan muestra suficiente serán además estudiadas con informe histopatológico lo que implica un examen adicional.

Los costos derivados del procesamiento de muestras por anatomía patológica serán cancelados en forma individual, cada vez que se realice un procedimiento

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Para Procedimientos Intervencionales (Punciones Guiadas)

FL-IMA-14
Rev. 04

DECLARO:

Que el/la Tecnólogo Médico _____ me ha informado sobre la necesidad y los riesgos potenciales
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

que pueden representar para mi salud la realización del procedimiento denominado **Punción** _____
Declaro a demás no encontrarme en tratamiento anticoagulante ni presentar ninguna de las contraindicaciones que se me han señalado y autorizo al personal de Hospital Clínico Viña del Mar, para realizar todas aquellas acciones necesarias para recuperar mi salud en caso de presentar alguna complicación. Autorizo a su vez la repetición del examen de ser necesario y la realización de todos los estudios histopatológicos derivados de éste, asumiendo los costos que eso implique.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el procedimiento antes mencionado, que me ha sido indicado.

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 el **Procedimiento de Punción** 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)

REVOCAACION:

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)