

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-UPC-15

Unidad del Paciente Crítico Adulto

Rev.03

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: _____

Sr. (a) paciente y/o familiar: al ingresar a la Unidad de Pacientes Críticos usted debe saber que:

La(s) enfermedad(es) que lo afecta(n) actualmente lo pone(n) en riesgo vital (riesgo de morir) y/o, en riesgo de quedar con graves secuelas de no mediar la inmediata aplicación de terapia de soporte vital, la que incluye o puede incluir:

- Ventilación artificial por medio de una máquina especial para este fin, con uso de un tubo en la tráquea (Ventilación invasiva) o sin el tubo a través de una máscara (Ventilación No invasiva).
- Uso de diferentes medicamentos, por vía digestiva y/o intravenosa, con el fin de estabilizar su función cardiovascular, sedarle para estar comfortable y minimizar el dolor, tratar infecciones, controlar los niveles de azúcar en la sangre y su metabolismo.
- Hemodiálisis para limpiar su sangre de sustancias tóxicas, que normalmente eliminan sus riñones.
- Transfusiones de sangre y derivados de ésta.
- Alimentación artificial por vía digestiva y/o intravenosa.
- Drenaje o punción pleural, ascítica, lumbar o de alguna colección (absceso u otro líquido).

La aplicación de la terapia arriba mencionada obliga al uso de diferentes dispositivos llamados sondas, catéteres, tubos, drenajes y otros, los que al ser instalados en su cuerpo pueden producirle complicaciones tales como:

- Infecciones y sangramientos locales.
- Infecciones locales con diseminación al resto de su organismo.
- Entrada de aire en sitios donde habitualmente éste no se encuentra (sangre, entre el tórax y los pulmones, piel y otros)
- Arritmias graves.
- Lesiones cerebrales.
- Reacciones alérgicas simples o severas.
- Así también los medicamentos utilizados pueden desencadenar efectos no deseados, potencialmente dañinos.

En opinión de los médicos de la UPC (Unidad de Paciente Crítico), la justificación de asumir los riesgos mencionados se fundamentó en que las probabilidades de éxito superan claramente las probabilidades de sufrir algunas de las complicaciones descritas en el párrafo anterior (o son razonablemente suficientes). Esta opinión, así como las decisiones que deban tomar los profesionales a su cargo, está y estarán guiadas por los principios de No maleficencia, Beneficencia, Justicia y Autonomía.

Toda vez que la demora no ponga en riesgo su vida, los profesionales tratantes tomarán el tiempo necesario para explicarle los beneficios y riesgos de estos y otros procedimientos o tratamientos, no referidos en los párrafos anteriores.

Usted debe saber y entender que la(s) enfermedad(es) que hace(n) necesaria la terapia de soporte vital no tiene(n) otras alternativas de tratamiento con probabilidad de éxito, y que si rechaza dicha terapia existe una elevada probabilidad de fallecer en corto plazo o de quedar con graves secuelas funcionales. La medicina no es una ciencia exacta, por lo que el éxito de la terapia de soporte vital sólo puede establecerse en términos de probabilidades que son cambiantes en el tiempo, según la evolución de la enfermedad, y no en forma absoluta y definitiva.

En caso de no encontrarse en condiciones de tomar decisiones, en torno a la información ya entregada u otra que surja en el transcurso de su evolución, será su grupo familiar cercano tutor, quien tome las decisiones en su representación.

Habiendo comprendido la información proporcionada y aclarado todas sus dudas y observaciones con el facultativo que le ha atendido, le solicitamos que firme al final de este documento que corresponde a un Consentimiento Informado y mediante el cual usted, como paciente o como tutor del paciente, nos autoriza a realizar el o los procedimientos requeridos

Por último, usted debe saber que puede revocar el consentimiento otorgado, en cualquier momento para lo cual deberá conversar con el equipo de médicos tratantes de la UPC (Unidad de Paciente Crítico), solicitar el documento de consentimiento informado y firmar, junto a un testigo, en el ítem de revocación dejando constancia de mi decisión.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-UPC-15

Unidad del Paciente Crítico Adulto

Rev.03

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)

Ingresar a la **Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico Viña del Mar.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realicen todos los procedimientos y acciones que sean necesarios en esa unidad

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 ingreso a la **Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico Viña del Mar** 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)