

CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL

FECHA DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ <i>(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)</i>	
FECHA DE NACIMIENTO _____	RUT: _____
NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____ <i>(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)</i>	
PROCEDIMIENTO, INTERVENCION QUIRURGICA O TRATAMIENTO _____ <i>(NO utilizar ABREVIATURAS)</i>	
HIPOTESIS DIAGNOSTICA _____ <i>(NO utilizar ABREVIATURAS)</i>	

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

Díganos si tiene alguna duda o necesita más información. Le atenderemos con mucho gusto.

LO QUE USTED DEBE SABER

EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Mi diagnóstico o hipótesis diagnóstica, las distintas alternativas de tratamiento que existen para el cuadro diagnóstico que ha motivado mi consulta, con sus variantes técnicas, y las ventajas y desventajas que cada una de éstas tiene desde un punto de vista general y para mi caso en particular.

Que entre las alternativas a mi elección también está el no someterme a tratamiento alguno.

Los beneficios y limitaciones que se describen para las distintas alternativas de tratamientos analizadas, tanto desde un punto de vista general, como para mi caso en particular.

CÓMO SE REALIZA

La realización de todo procedimiento requiere de someter al paciente a sedación o anestesia local, regional, epidural o general; técnica que será determinada para mi caso particular conforme a la valoración profesional que efectúe el equipo médico tratante y el anestesiólogo a cargo, considerando factores de carácter médico generales y mi condición personal; y que cualquiera sea la técnica escogida, ésta implicará ventajas y beneficios, pero también tiene asociados riesgos y complicaciones inherentes a su ejecución.

Todo procedimiento terapéutico tiene implícito limitaciones técnicas, que se traducen en la existencia de un porcentaje de casos en: que no se logran los beneficios terapéuticos esperados; que ante el fracaso de una técnica de avanzada tecnología o la ocurrencia de una complicación, se hace necesario convertir el procedimiento a técnicas clásicas más invasivas; que ante la obtención de efectos parciales se hace necesario efectuar reintervenciones o procedimientos complementarios; que ante la ocurrencia de una complicación se hace necesario efectuar reintervenciones y otros; todo lo cual depende de factores variables e imprevisibles, y que en tal caso deberé asumir los gastos hospitalarios y médicos que ello signifique.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

La realización de todo procedimiento quirúrgico o invasivo supone necesariamente un período de recuperación, en general variable conforme al tratamiento realizado y, en particular, dependiente de las características propias de cada individuo y su evolución y capacidad de recuperación.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En la mejoría total o parcial de la enfermedad en curso.

QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Todo procedimiento quirúrgico tiene implícito en su ejecución riesgos o complicaciones; incluso algunos asociados a la técnica de sedación o anestesia que se debe utilizar; todos los cuales, a pesar de todas las medidas y cuidados adoptados por el equipo médico, son inevitables en su ocurrencia, como por ejemplo, problemas cardiovasculares, afecciones pulmonares o respiratorias, infecciones, compromisos o daño neurológico, hemorragias, reacciones alérgicas, trombosis, y otros tales como el riesgo de mortalidad que existe aunque sea en un porcentaje muy menor de los casos.

También se me ha informado que todas las alternativas de tratamiento quirúrgico o invasivo propuestas, llevan implícita la posibilidad de ocurrencia de riesgos o complicaciones, que son inevitables, a pesar del esfuerzo y cuidado del equipo médico, y que en algunos casos limitan la

posibilidad de lograr los beneficios terapéuticos asociados al tratamiento. Son ejemplo de estos casos: hematomas y sangramientos; infección a nivel superficial, profundo o sistémico; lesión de estructuras vasculares o nerviosas; pérdida de sensibilidad en zona operada; desarrollo de cicatrices hipertróficas, queloides, o pigmentadas; necrosis de piel; fibrosis; irregularidades superficiales; compromiso o daño neurológico; compromiso pulmonar o respiratorio; lesión sobre órganos, dificultad en procesos de cicatrización y cierre de heridas operatorias a nivel externo e interno y otros.

SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER CONSIDERADAS:

Siempre existe la posibilidad menor de que, ante la evidencia de situaciones del pre operatorio o hallazgos intraoperatorios no esperados, el cirujano deba suspender la cirugía o intervención programada, o variar la técnica escogida previamente, o bien que sea imperativo, a la luz de la obligación del debido cuidado médico y beneficio de mi salud, ejecutar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos no programados ni informados, como: toma de muestras para biopsia, cultivos, extirpación de nódulos o masas tumorales, liberación de tejido adherencial, transfusiones de sangre o de sus componentes, etc.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____ **Rut:** _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o Apoderado

Firma Médico