



Consentimiento Informado
para Procedimiento Invasivos
y/o Quirúrgicos
Versión:3

Consentimiento Informado para Procedimiento Invasivos y/o Quirúrgicos



Consentimiento Informado para Procedimiento Invasivos y/o Quirúrgicos

Mi hipótesis diagnóstica es:

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

Fecha del consentimiento:

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

1°) **INFORMACION ENTREGADA POR EL PACIENTE:** Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

2°) **INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PACIENTE:** Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; ya que.....

y su equipo me han dado a conocer y me han explicado en términos que he podido comprender, lo siguiente:

- a) Mi diagnóstico:

- b) 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.

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

- d) 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.

- e) Que todo procedimiento quirúrgico tiene implícito en su ejecución riesgos y/o complicaciones; incluso algunos asociados a la técnica de sedación y/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 y/o respiratorias, infecciones, compromisos o daño neurológico, hemorragias, reacciones alérgicas, trombosis, y otros tales como el riesgo de mortalidad que existe en un porcentaje muy menor de los casos.

- f) También se me ha informado que todas las alternativas de tratamiento quirúrgico propuestas, llevan implícita la posibilidad de ocurrencia de riesgos y/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 y/o nerviosas; pérdida de sensibilidad en zona operada; desarrollo de cicatrices hipertróficas, queloides, o pigmentadas; necrosis de piel; fibrosis; irregularidades superficiales; compromiso y/o daño neurológicas; compromiso pulmonar y/o respiratorio; lesión sobre órganos,

dificultad en procesos de cicatrización y cierre de heridas operatorias a nivel externo e interno y otros.

- g) Que la realización de todo procedimiento requiere de someter al paciente a sedación o anestesia local, regional, epidural o general; técnica que será determinado para mi caso particular conforme a la valoración profesional que efectúe el equipo médico tratante y el anesthesiólogo a cargo, considerando factores de carácter médico generales y mi condición personal; y que cualquiera sea la técnica escogida, ésta implicara ventajas y beneficios, pero también tiene asociados riesgos y complicaciones inherentes a su ejecución.
- h) Que todo procedimiento terapéutico tiene implícito limitaciones técnicas, que se traducen en la existencia de un porcentaje de casos en: que no se logra 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.
- i) Que 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.
- j) Que siempre existe la posibilidad menor, que ante la evidencia de hallazgos intra operatorios 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 y o masas tumorales, liberación de tejido adherencial, etc.



He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 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 el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico de

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

Ciudad:.....Comuna.....

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir
el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....