



Consentimiento Informado Para
Control O Cambio De Catéter De
Drenaje Percutáneo

Consentimiento Informado Para Control O Cambio De Catéter De Drenaje Percutáneo

Consentimiento Informado Para Control O Cambio De Catéter De Drenaje Percutáneo

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

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

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al:
CONTROL O CAMBIO DE CATETER DE DRENAJE PERCUTANEO

INFORMACIÓN

- Usted posee un catéter de drenaje. Es necesario realizar un cambio del mismo bajo imágenes o inyectar contraste a través del mismo (fistulografía), para optimizar su funcionamiento y obtener mayor información clínica que permita acelerar su mejoría. Este procedimiento puede provocar molestias, las que son pasajeras.
- Se realiza bajo anestesia local y eventualmente sedo-analgésia endovenosa.
- En general es bien tolerado, y su tiempo de duración es corto, menos de 30 minutos.
- A pesar de los resguardos técnicos y el control del procedimiento, en ocasiones pueden suceder complicaciones, siendo las más importantes la hemorragia y la infección.
- El médico encargado de su caso le explicará personalmente todos los detalles del procedimiento.

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 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 de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del procedimiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el

CONTROL O CAMBIO DE CATETER DE DRENAJE PERCUTANEO

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha..... Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).