



Consentimiento Informado Para  
Drenaje De Colecciones

## **Consentimiento Informado Para Drenaje De Colecciones**

## Consentimiento informado para Drenaje de Colecciones

---

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 tratamiento quirúrgico de:  
**DRENAJE DE COLECCIONES.**

**BREVE DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO:**

La hipótesis diagnóstica es:

.....

1. Se me explicaron las alternativas del tratamiento y el tipo de procedimiento propuesto, el cual está determinado por mi diagnóstico y por lo consiguiente es el mejor tratamiento para mi lesión.
2. Autorizo al Doctor/a.:  
Para realizar los procedimientos adicionales que estime necesarios e imprescindibles durante el tratamiento, de acuerdo a los hallazgos relacionados durante la cirugía.
3. Entiendo los objetivos, beneficios y eventuales molestias de la alternativa de tratamiento propuesto.
4. **He sido informado de los riesgos y complicaciones más relevantes. Entre ellos se destacan:**
  - Dolor en el sitio de la lesión
  - Infección de la herida operatoria
  - Drenaje parcial y persistencia de la colección
5. Esta técnica quirúrgica requiere el uso de anestesia, la cual dependerá del tipo y localización de la lesión, según lo evaluado por el cirujano y/o el médico anestesista.
6. Se me ha informado la posibilidad de complicaciones derivadas de mi condición y estado de salud previo, no relacionadas con el diagnóstico probable.
7. Entiendo y acepto que la presencia de complicaciones podría necesitar una hospitalización y mayores costos relacionados.
8. Se me informó la posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados de procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación del diagnóstico probable planteado.

**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 conforme 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 para:  
**DRENAJE DE COLECCIONES.**

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).