



Consentimiento Informado Para
Extracción-Retiro De Dispositivos
Intracavitarios

Consentimiento Informado Para Extracción-Retiro De Dispositivos Intracavitarios

Consentimiento Informado Para Extracción-Retiro De Dispositivos Intracavitarios

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, a la cirugía de:

EXTRACCIÓN-RETIRO DE DISPOSITIVOS INTRACAVITARIOS

INFORMACIÓN GENERAL

La hipótesis diagnóstica, consistente en:

.....

Las alternativas de (estudio / tratamiento) y a alternativa médicamente indicada, que consiste en:

.....

Entre las alternativas se cuentan:

.....

Sin embargo, he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante, que la cirugía de:

.....

Es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico.

La naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando entre los riesgos los siguientes:

- Infección de herida operatoria.
- Sangramiento.
- Taponamiento cardíaco.
- Arritmias.
- Desprendimiento de electrodo intracavitario.
- Perforación cardíaca.

La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o coetáneo, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

Los riesgos derivados del rechazo del tratamiento/intervención/procedimiento propuesto, entre los cuales se considera:

.....

La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.



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 para:

EXTRACCIÓN-RETIRO DE DISPOSITIVOS INTRACAVITARIOS

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).