



Consentimiento Informado Para
Ingresar A Programa De Diálisis
Crónica: Hemodiálisis Adultos

Consentimiento Informado Para Ingresar A Programa De Diálisis Crónica: Hemodiálisis Adultos



Consentimiento Informado Para Ingresar A Programa De Diálisis Crónica: Hemodiálisis Adultos

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 de:
HEMODIÁLISIS

INFORMACIÓN

1. Me ha informado que padezco una enfermedad crónica de mis riñones. Con deterioro progresivo e irreversible hasta llevarlos a una función que ahora es muy baja. Debido a esta Insuficiencia Renal Crónica avanzada que padezco se produce una gran cantidad de síntomas, que tratamientos con dieta y medicamentos no pueden solucionar.
2. Se me ha informado además que la diálisis crónica es un procedimiento que tiene como objetivo reemplazar algunas funciones de los riñones cuando por determinadas enfermedades estas fallan.
3. Se me ha informado que la diálisis no mejora la enfermedad de los riñones sino que sustituye alguna de sus funciones.
4. He sido informado de sus riesgos y posibles efectos colaterales.
5. He recibido información y capacitado para el auto cuidado de mi enfermedad, los cuidados que requiere mi acceso vascular (fístula arterio-venosa y/o catéter venoso o peritoneal). Como también la alimentación e ingesta de líquidos necesaria, el control de la presión arterial y otros temas relevantes.
6. Se me ha explicado que durante el curso del tratamiento pueden aparecer complicaciones no previstas que requieran modificar el procedimiento original.
7. Que he tomado conocimiento de mi derecho a ingresar al Programa de estudio de Pre Trasplante, después de iniciado el tratamiento de diálisis, si mi edad y estado de salud lo permite.
8. Que he tenido tiempo suficiente para leer y hacer todas las preguntas que he considerado necesarias para mi mejor comprensión.
9. Que he sido informado que tengo la facultad de revocar este consentimiento sin expresión de causa.

Debidamente informado:

- Autorizo a los Médicos del Centro CLINICA DAVILA para efectuar el tratamiento de DIALISIS, que me ha sido indicado.
 - Autorizo al equipo médico para actuar según su criterio profesional en caso de aparecer complicaciones no previstas.
 - Autorizo también la administración de medicamentos, infusiones, transfusiones de sangre, plasma u otros tratamientos complementarios, considerados necesarios según el criterio del equipo médico.
- Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSENTO que se me realice el tratamiento de **HEMODIALISIS**, que me ha sido indicado.

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).