



Consentimiento Informado Para
Biopsia De Arteria Temporal
Superficial

Consentimiento Informado Para Biopsia De Arteria Temporal Superficial

Consentimiento Informado Para Biopsia De Arteria Temporal Superficial

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 **BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL**

INFORMACIÓN

1. La biopsia de la arteria temporal superficial es un procedimiento quirúrgico que consiste en extraer un segmento de esta arteria ubicada en la región temporal, con el fin de confirmar o descartar el diagnóstico de arteritis de arteria temporal, planteado en su caso.
2. Se me explicó el tipo de procedimiento propuesto, el cual está determinado por mi condición y por lo consiguiente es la mejor alternativa para establecer el diagnóstico y el tratamiento a seguir.
3. Entiendo los objetivos, beneficios y eventuales molestias de la alternativa de tratamiento propuesto. 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
 - Lesión de nervios superficiales, con alteraciones de la sensibilidad de la piel.
4. Una vez realizado el procedimiento, la muestra de la biopsia tomada será enviada para el estudio anatómo-patológico correspondiente, el cual demora algunos días y mediante el cual se podría establecer el diagnóstico de la patología correspondiente a su condición.
5. Esta técnica quirúrgica requiere habitualmente sólo el uso de anestesia local; sin embargo, dependiendo de las condiciones del paciente, podrá necesitarse algún tipo de anestesia adicional (sedación u otra), 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 del 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 de los tratamientos

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

BIOPSIA DE ARTERIA TEMPORAL SUPERFICIAL

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).