



Consentimiento Informado para  
Proporcionalidad del Esfuerzo  
Terapéutico

## **Consentimiento Informado para Proporcionalidad del Esfuerzo Terapéutico**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROPORCIONALIDAD DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO**

---

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO: \_\_/\_\_/\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

Paciente o en representación del paciente ya individualizado, declaro que he sido informado por el

Doctor: \_\_\_\_\_  
(Nombre y apellido del médico)

de la enfermedad, el pronóstico, las opciones terapéuticas en medicamentos y procedimientos, así como de sus complicaciones y efectividad. La proporcionalidad del esfuerzo terapéutico es la acción de establecer o fijar límites, de detenerse o no iniciar, de reducir o restringir, y no debe confundirse con “terminar” o “suspender”, si bien se pone límite a una terapia que no produce los beneficios esperados o no proporciona la recuperación de la salud, ya que ésta se encuentra irreparablemente dañada, siempre debe contemplar la proporción de los cuidados básicos de enfermería, no permitir dolor, ni abandono del equipo de salud, y debe permitir el acompañamiento del enfermo.

Por lo anterior, declaro que comprendido la información que me ha sido entregada; se me ha permitido realizar preguntas y se me han aclarado mis dudas; se me ha instruido que siempre puedo solicitar más información en caso de que tenga dudas en este contexto y se me ha explicado que puedo expresar mi deseo de revocar este consentimiento en cualquier momento. En consecuencia, equipo médico ha



decidido en conjunto con mi parecer favorable y para un mayor beneficio del paciente mantener las siguientes conductas (marque con una X la opción deseada)

**ANTE PARO CARDIORESPIRATORIO**

REANIMAR \_\_\_\_\_

NO REANIMAR \_\_\_\_\_

**ANTE LA NECESIDAD DE APOYO MECÁNICO VENTILATORIO INVASIVO**

VENTILAR \_\_\_\_\_

NO VENTILAR \_\_\_\_\_

**ANTE LA NECESIDAD DE APOYO MECÁNICO VENTILATORIO NO INVASIVO**

VENTILAR \_\_\_\_\_

NO VENTILAR \_\_\_\_\_

**ANTE LA NECESIDAD DE USO DE DROGAS VASOACTIVAS**

UTILIZAR \_\_\_\_\_

NO UTILIZAR \_\_\_\_\_

**ANTE LA NECESIDAD DE INSTALACIÓN DE MONITOREO HEMODINÁMICO INVASIVO (CETETER VENOSO CENTRAL Y/O LINEA ARTERIAL, U OTRO DISPOSITIVO)**

INSTALAR \_\_\_\_\_

NO INSTALAR \_\_\_\_\_

**ANTE LA NECESIDAD DE APOYO CON DIÁLISIS**

REALIZAR \_\_\_\_\_

NO REALIZAR \_\_\_\_\_

**ANTE LA NECESIDAD DE TRANSFUNDIR HEMODERIVADOS Y/O HERMOCONCENTRADOS**

REALIZAR \_\_\_\_\_

NO REALIZAR \_\_\_\_\_

OTROS \_\_\_\_\_

## DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o por su representante)

**YO** \_\_\_\_\_ **paciente o en representación ya individualizado,**  
declaro que he leído la información que se me ha entregado y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas y se me han aclarado las dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO,** recibir en acto copia del Consentimiento Informado para Proporcionalidad del Esfuerzo terapéutico.

**DECLARO:** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) en consentimiento que ahora presto.

\_\_\_\_\_  
Firma y RUT del paciente/familiar o representante

\_\_\_\_\_  
Nombre, RUT y firma del médico

\_\_\_\_\_  
Parentesco

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

No obstante, haber otorgado previamente su consentimiento informado, puede ocurrir que, por diversos motivos o razones, usted desista o se arrepienta de hacerlo.

En tales casos, es muy importante que usted comprenda que, podrá ejercer este derecho a revocar (dejar sin efecto) su decisión previa, sin necesidad de indicar los motivos que ha tenido para hacerlo, debiendo para ello firmar el documento que está en sus manos

**REVOCACIÓN**

(A llenar de puño y letra por el paciente o por su representante legal)

Yo, \_\_\_\_\_ **paciente o en representación ya individualizado,**  
declaro que revoco (dejo sin efecto) el consentimiento que con fecha  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ he presentado para Proporcionalidad del Esfuerzo Terapéutico.

\_\_\_\_\_  
Firma y RUT del paciente/familiar o representante

\_\_\_\_\_  
Nombre, RUT y firma del médico

\_\_\_\_\_  
Parentesco

FECHA DE REVOCACIÓN: \_\_\_\_\_