



Consentimiento Informado Para  
Retiro De ECMO

## **Consentimiento Informado Para Retiro De ECMO**

## Consentimiento Informado Para Retiro De ECMO

---

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) : .....

Se me ha expresado la necesidad de autorizar el:

**RETIRO DEL SOPORTE EXTRACORPÓREO.**

## INFORMACIÓN GENERAL

El retiro podría requerir de la reparación quirúrgica de arterias y venas, pero la situación clínica actual indica que el retiro de las cánulas o mangueras que han apoyado al / la paciente durante los últimos días, es la mejor opción en este momento.

Entre las posibles complicaciones del retiro del ECMO, se encuentran, pero no se limitan solo a las señaladas:

- Infecciones
- Hemorragias
- Embolias a extremidades y cerebro
- Isquemia de extremidades

Sin embargo, he decidido en base a la recomendación del equipo médico, que el retiro del ECMO es la mejor alternativa terapéutica en este momento para el cuadro clínico del / la paciente.

Manifiesto entonces que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo los riesgos y beneficios involucrados.

**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 procedimiento.

Y en tales condiciones.

## CONSENTIMIENTO

**CONSIENTO** que se me realice el procedimiento para el:

**RETIRO DEL SOPORTE EXTRACORPÓREO.**

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).