



Consentimiento Informado para  
Instalación de Acceso Venoso o  
Arterial Central o Periférico Bajo  
Imágenes

## **Consentimiento Informado para Instalación de Acceso Venoso o Arterial Central o Periférico Bajo Imágenes**

## Consentimiento Informado Para Instalación De Acceso Venoso O Arterial Central O Periférico Bajo Imágenes

---

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 procedimiento de:  
**INSTALACION DE ACCESO VENOSO O ARTERIAL CENTRAL O PERIFERICO BAJO IMÁGENES**

### IDENTIFICACION Y DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

- Su médico nos ha solicitado que le instalemos una vía venosa o arterial bajo control imagenológico.
- El motivo de implantarle este catéter es que tenemos que administrarle con mucha frecuencia medicamentos por vía endovenosa, y/o tener acceso continuo al sistema venoso central o arterial
- Con la implantación del catéter evitaremos tenerle que pinchar una vena cada vez que haya que administrarle un medicamento o realizarle un examen de sangre.
- Hasta hace poco, estos catéteres se tenían que colocar en un quirófano mediante una intervención quirúrgica. Hoy en día, lo podemos hacer en una sala de radiología específicamente preparada, sólo con anestesia local y mediante una punción de su piel con una aguja, con la ayuda de un ecógrafo y/o de fluoroscopia (rayos x), para así lograr una correcta instalación del catéter mediante la monitorización continua del procedimiento. Si el paciente no puede ser trasladado a una sala de radiología (Hemodinamia), el catéter puede ser colocado bajo ecografía en sala de unidad de cuidados intermedios o intensivos.
- Como en todo procedimiento médico, pueden producirse algunas complicaciones.
- Las más destacables son la formación de un hematoma en el lugar de punción y la infección del catéter.
- También puede producirse una punción accidental de la pleura y originar un neumotórax.
- El médico encargado de su caso le explicará personalmente los detalles del procedimiento.

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 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 de acuerdo 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 de:**

**INSTALACION DE ACCESO VENOSO O ARTERIAL CENTRAL O PERIFERICO BAJO IMÁGENES**

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).