



Consentimiento Informado Para El  
Procedimiento De Punción  
Mielograma

## **Consentimiento Informado Para El Procedimiento De Punción Mielograma**

## Consentimiento Informado Para El Procedimiento De Punción Mielograma

---

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  
**PUNCIÓN MIELOGRAMA.**

### INFORMACIÓN

1. Este procedimiento consiste en una punción ósea, la que puede realizarse a nivel del hueso esternal o del hueso iliaco que forma la pelvis. Una vez puncionado el tejido óseo, se aspiran fragmentos de médula ósea para su estudio. Se me ha informado que el procedimiento es con anestesia local. También se me ha informado que se utilizará un hipnótico de acción corta durante el procedimiento, para hacerlo mejor tolerado, si mi condición clínica lo permite.
2. El examen en general es bien tolerado, dejando solo una pequeña cicatriz puntiforme en la zona de la punción. Puede haber dolor en la zona después de la punción. En casos muy raros sangramiento. También señalo que fui informado de procedimientos alternativos y, que tuve la oportunidad de hacer consultas al respecto.
3. La muestra obtenida va a ser enviada para su estudio microscópico, el Mielograma propiamente tal y, de ser necesario, se tomarán varias muestras para análisis de otra naturaleza, por ejemplo citogenético, biología molecular o citometría de flujo.

Se me ha explicado que puedo decidir tratarme o rechazar tratamiento, como también dejar de recibirlo en el momento que exprese mi voluntad.

Entiendo plenamente este consentimiento y, que mi familia se encuentra informada respecto a los riesgos y potenciales ventajas del procedimiento.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

### CONSENTIMIENTO

**CONSIENTO** que se me realice el procedimiento de  
**PUNCIÓN MIELOGRAMA.**

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).