



CONSENTIMIENTO INFORMADO
CIRUGÍAS / PROCEDIMIENTOS



(*) Procedimiento / Cirugía: _____

Diagnóstico: _____

1. El médico me ha explicado y comprendo:

- En que consiste la cirugía o procedimiento que requiero y su objetivo, en términos fáciles.
- Así también los potenciales riesgos y beneficios.
- Las probabilidades de éxito de la cirugía o procedimiento.
- Que existe mayor riesgo si tengo patologías crónicas (Hipertensión arterial, diabetes, enfermedades del corazón, enfermedades infecciosas, enfermedades hematológicas, obesidad, entre otras) tabaquismo, alcoholismo y las edades extremas de la vida.
- Existe la probabilidad que a pesar de la realización adecuada de la técnica, no se consiga el objetivo esperado.

2. Declaro que he comprendido la información que se me ha proporcionado y que todas mis dudas y preguntas han sido aclaradas a mi entera satisfacción.

3. Para que así conste mi voluntad ó el de mi representado, firmo el presente Consentimiento Informado.

4. Llenar solo en situaciones especiales: (marque)

4.1. Rechazo el procedimiento en este momento.

4.2. Cambio mi decisión anterior por lo que en este momento:

- ACEPTO

O

- RECHAZO

la cirugía ó el procedimiento.

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL	MEDICO
(*) Nombre Paciente:	(*) Nombre:
(*) Nombre del Representante Legal cuando corresponda:	(*) Firma:
Rut Paciente ó Representante Legal:	
(*) Firma Paciente ó Representante Legal:	

(*): DATOS OBLIGATORIOS Y LEGIBLES.

(*)Fecha: _____