



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Yo, (nombre y dos apellidos)

R.U.T.

en mi calidad de paciente autorizo al profesional Sr.(a)

de profesión del CRS Peñalolén Cordillera Oriente, para realizar la siguiente cirugía o

procedimiento

y declaro lo siguiente: (Marque con una "X" Si o No según sea su respuesta)

1. Me han entregado información satisfactoria sobre mi cuadro clínico, características y objetivos del procedimiento, diagnóstico y/o tratamiento propuesto. Se me ha informado de los riesgos y complicaciones posibles, así como las alternativas terapéuticas.

2. Me han explicado que durante la cirugía o procedimiento pueden ser necesarias otras acciones médicas no contempladas inicialmente. Por ello, si durante la cirugía o procedimiento se descubriesen otras condiciones que a juicio del médico o profesional requieren ser resueltas, manifiesto mi consentimiento para la realización de esta acción adicional.

3. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y se me ha señalado que si posteriormente me surgen otras dudas puedo solicitar que me sean aclaradas.

4. He sido informado/a de que tengo derecho de negarme a firmar este consentimiento. De ser así declaro haber sido informado/a de que no se me podrá realizar la cirugía o procedimiento y de las posibles consecuencias para mi estado de salud.

5. Manifiesto estar satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la cirugía o procedimiento.

6. Me han indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias a medicamentos, otras enfermedades que padezco, existencia de prótesis, marcapasos, posibilidad de embarazo, medicamentos que tomo actualmente o cualquier otra circunstancia relevante relativa a mi condición de salud.

En caso de que este consentimiento sea otorgado por el representante del paciente u otro al cual el paciente esté bajo su cuidado, indique la causa por la cual no puede firmar:

Autorizo que se me/le realice la cirugía y/o procedimiento

SI

NO

Firma Paciente	Firma y Timbre Profesional	Firma Representante Legal	Nombre representante legal
			<input type="text"/>
			RUT representante legal
			<input type="text"/>