

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTO INVASIVOS Y/O QUIRÚRGICOS**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Su diagnóstico es: _____

Su Procedimiento es: _____

Su médico le describirá las distintas alternativas de tratamiento que existen para el cuadro diagnóstico que ha motivado su consulta, con sus variantes técnicas, y las ventajas y desventajas que cada una de éstas tiene desde un punto de vista general y para su caso en particular.

Su médico le describirá los beneficios y limitaciones para las distintas alternativas de tratamientos analizadas, tanto desde un punto de vista general, como para su caso en particular.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Son ejemplo de estos casos: hematomas y sangramientos; infección a nivel superficial, profundo o sistémico; lesión de estructuras vasculares y/o nerviosas; pérdida de sensibilidad en zona operada; desarrollo de cicatrices hipertróficas, queloides, o pigmentadas; necrosis de piel; fibrosis; irregularidades superficiales; compromiso y/o daño neurológicas; compromiso pulmonar y/o respiratorio; lesión sobre órganos, dificultad en procesos de cicatrización y cierre de heridas operatorias a nivel externo e interno y otros.

La realización de todo procedimiento requiere de someter al paciente a sedación o anestesia local, regional, epidural o general; técnica que será determinada para su caso particular conforme a la valoración profesional que efectúe el equipo médico tratante y el anestesiólogo a cargo, considerando factores de carácter médico generales y mi condición personal; y que cualquiera sea la técnica escogida, ésta implicara ventajas y beneficios, pero también tiene asociados riesgos y complicaciones inherentes a su ejecución y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Todo procedimiento terapéutico tiene implícito limitaciones técnicas, que se traducen en la existencia de un porcentaje de casos en: que no se logra los beneficios terapéuticos esperados; que ante el fracaso de una técnica de avanzada tecnología o la ocurrencia de una complicación, se hace necesario convertir el procedimiento a técnicas clásicas más invasivas; que ante la obtención de efectos parciales se hace necesario efectuar reintervenciones o procedimientos complementarios; que ante la ocurrencia de una complicación se hace necesario efectuar reintervenciones y otros; todo lo cual depende de factores variables e imprevisibles, y que en tal caso deberé asumir los gastos hospitalarios y médicos que ello signifique.

La realización de todo procedimiento quirúrgico o invasivo supone necesariamente un período de recuperación, en general variable conforme al tratamiento realizado y, en particular, dependiente de las características propias de cada individuo y su evolución y capacidad de recuperación.

Siempre existe la posibilidad menor, que ante la evidencia de hallazgos intra operatorios no esperados, el cirujano deba suspender la cirugía o intervención programada, o variar la técnica escogida previamente, o bien que sea imperativo a la luz de la obligación del debido cuidado médico y beneficio de su salud, ejecutar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos no programados ni informados, como: toma de muestras para biopsia, cultivos, extirpación de nódulos y o masas tumorales, liberación de tejido adherencial, etc.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Marque con una X la alternativa

Invasivos:

Quirúrgico:

Para:

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre los **Procedimientos Invasivos y/o Quirúrgicos** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE EL PROCEDIMIENTO INVASIVO Y/O QUIRÚRGICO, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)