

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA**  
\_\_\_\_\_

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre 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 la intervención 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 solicitarle 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 de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.**

**Usted debe saber que todos los profesionales de Clínica Dávila Vespucio que participarán en la intervención ponen la mayor diligencia y entrega en su atención.**

**Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea someterse a la intervención propuesta.**

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

Que le ha sido propuesta por su médico tratante es una cirugía programada que le permitirá disminuir o eliminar las molestias por las cuales usted ha consultado.

Existen alternativas médicas de tratamiento a esta cirugía que me han sido explicadas y he decidido en conjunto con mi médico que en mi caso es recomendable el tratamiento quirúrgico.

Declaro que se me ha explicado en detalle y que conozco y he comprendido la intervención a la cual seré sometido, sus fines, riesgos que involucra, las posibles complicaciones, efectos colaterales y daños que puedan producirme.

Esta cirugía involucra riesgos, como toda intervención, tales como: posibilidad de presentar infecciones de la herida operatoria, reacciones alérgicas, hemorragias que requieran de una nueva intervención o desarrollar cicatrices hipertróficas (mayores a las habituales).

Es importante tener presente que los pacientes con enfermedades crónicas, metabólicas (como diabetes, obesidad) o cardiovasculares tienen un mayor riesgo quirúrgico, sobre el particular se puede solicitar mayor información al médico.

El tiempo estimado de cirugía es de \_\_\_\_ horas variando según cada caso. Se requiere del uso de anestesia, la que será determinada por la médico anestesista atendida las características, beneficios y riesgos para el paciente. Durante la intervención se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su examen).

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad.

El tiempo de duración del postoperatorio y la hospitalización dependerá de las características particulares de cada paciente y de la intervención quirúrgica.

Es también importante que usted sepa que, en ocasiones, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados (derivados de la sangre).

Eventualmente podría ser necesario trasladarlo a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la Clínica o a otro centro hospitalario.

### 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 (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 información que se me ha entregado sobre cirugía de \_\_\_\_\_, 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. Entiendo que en caso de que mi revocación se produzca una vez iniciada la intervención, ésta podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE** \_\_\_\_\_, 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:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
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 de que sea diferente a quién realiza Procedimiento)