

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROPORCIONALIDAD DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente			
R.U.T del Paciente		Edad	
Diagnósticos			

INFORMACIÓN

Yo, _____ Rut _____

Paciente o en representación del paciente ya individualizado, declaro que he sido informado por el

Doctor: _____

(Nombre y apellido del médico)

de la enfermedad, el pronóstico, las opciones terapéuticas en medicamentos y procedimientos, así como de sus complicaciones y efectividad. La proporcionalidad del esfuerzo terapéutico es la acción de establecer o fijar límites, de detenerse o no iniciar, de reducir o restringir, y no debe confundirse con "terminar" o "suspender", si bien se pone límite a una terapia que no produce los beneficios esperados o no proporciona la recuperación de la salud, ya que ésta se encuentra irreparablemente dañada, siempre debe contemplar la proporción de los cuidados básicos de enfermería, no permitir dolor, ni abandono del equipo de salud, y debe permitir el acompañamiento del enfermo. Por lo anterior, declaro que comprendido la información que me ha sido entregada; se me ha permitido realizar preguntas y se me han aclarado mis dudas; se me ha instruido que siempre puedo solicitar más información en caso de que tenga dudas en este contexto y se me ha explicado que puedo expresar mi deseo de revocar este consentimiento en cualquier momento.

En consecuencia, el equipo médico ha decidido en conjunto con mi parecer favorable y para un mayor beneficio del paciente mantener las siguientes conductas **(marque con una X la opción deseada)**:

Ante Paro Cardiorespiratorio	REANIMAR	<input type="checkbox"/>	NO REANIMAR	<input type="checkbox"/>
Ante La Necesidad De Apoyo Mecánico Ventilatorio Invasivo	VENTILAR	<input type="checkbox"/>	NO VENTILAR	<input type="checkbox"/>
Ante La Necesidad De Apoyo Mecánico Ventilatorio No Invasivo	VENTILAR	<input type="checkbox"/>	NO VENTILAR	<input type="checkbox"/>
Ante La Necesidad De Uso De Drogas Vasoactivas	UTILIZAR	<input type="checkbox"/>	NO UTILIZAR	<input type="checkbox"/>
Ante La Necesidad De Instalación De Monitoreo Hemodinámico Invasivo (Catéter Venoso Central y/o Línea Arterial, u Otro Dispositivo)	INSTALAR	<input type="checkbox"/>	NO INSTALAR	<input type="checkbox"/>
Ante La Necesidad De Apoyo Con Diálisis	REALIZAR	<input type="checkbox"/>	NO REALIZAR	<input type="checkbox"/>
Ante La Necesidad De Transfundir Hemoderivados y/o Hermoconcentrados	REALIZAR	<input type="checkbox"/>	NO REALIZAR	<input type="checkbox"/>
OTROS				

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 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 las dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO recibir en acto copia del Consentimiento Informado para Proporcionalidad del Esfuerzo terapéutico.

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

Obtención de Consentimiento	FECHA firma del consentimiento: ____/____/____	HORA:
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		
Nombre, R.U.T. y Firma Paciente/ Representante Legal		
Parentesco		

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____