



CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARO:

Que se me ha explicado la operación, procedimiento y/o tratamiento; sus características y potenciales riesgos; objetivos y beneficios; que comprendo y acepto.

Autorizo al personal del Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, para proceder a la realización de los procedimientos, operación o tratamiento individualizado más abajo y los exámenes derivados del procedimiento descrito.

ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Nombre Completo:

(A lo menos un nombre y dos apellidos)

Diagnóstico Clínico:

Operación, procedimiento o tratamiento a realizar

Firma del paciente: _____

ANTECEDENTES DEL FAMILIAR O TUTOR CUANDO CORRESPONDA

Nombre:

Firma: _____

*Tutor (para menores de edad, pacientes con compromiso de conciencia o dificultad de entendimiento)

ANTECEDENTES DEL MÉDICO

DECLARO:

Que he explicado el procedimiento individualizado anteriormente los objetivos terapéuticos, características, potenciales riesgos y las consecuencias de no realizarlo.

Nombre:

Firma: _____ Temuco a, _____ de _____ de _____

REVOCO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Habiendo consentido anteriormente el procedimiento que se señala y siendo debidamente informado de la enfermedad que me aqueja y su manejo. En este acto revoco mi autorización y rechazo expresamente el procedimiento, exámenes, operación o tratamiento indicado, asumiendo plenamente toda responsabilidad de las consecuencias que se deriven de ello.

Paciente

Acompañante o tutor

Nombre:

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____