

CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANTECEDENTES DEL PACIENTE

Nombre completo del paciente:

Diagnóstico clínico:

Intervención, procedimiento o tratamiento a realizar:

ANTECEDENTES DEL REPRESENTANTE (CUANDO CORRESPONDA)

Nombre completo del representante:

DECLARACIÓN DEL PACIENTE O REPRESENTANTE:

- Mediante mi firma expreso que el profesional médico me ha explicado el diagnóstico, opciones de tratamiento con sus beneficios y riesgos, además los objetivos de la intervención, procedimiento o tratamiento propuesto, sus características, beneficios, potenciales riesgos, que comprendo y acepto.
- Autorizo para proceder a la realización de la intervención, procedimiento o tratamiento individualizado anteriormente y los exámenes derivados de éstos.

Firma del paciente: _____

ó

Firma del representante: _____

ANTECEDENTES DEL MEDICO

Mediante mi firma expreso que he explicado al paciente (o su representante) el diagnóstico, opciones de tratamiento con sus beneficios y riesgos; objetivo de la intervención, procedimiento o tratamiento individualizado anteriormente, sus características, beneficios y potenciales riesgos, y las consecuencias de no realizarlo.

Nombre completo del médico:

Firma del médico: _____

En Temuco, a..... de de 20.....

REVOCO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Habiendo consentido anteriormente la intervención, procedimiento o tratamiento 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 su realización, asumiendo plenamente toda responsabilidad de las consecuencias que se deriven de ello.

Paciente:

Representante:

Nombre completo:

Firma: _____

Fecha: ____/____/____