

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1) _____, afiliado a COSEM, autorizo a realizar los procedimientos diagnósticos y/ terapéuticos que han sido indicados por el médico tratante, Dr.

2) Los procedimientos referidos fueron indicados para diagnóstico/tratamiento de _____

3) Dejo constancia de que el Dr. _____ me ha explicado el procedimiento, las razones de la indicación y las alternativas posibles.

También me informó las ventajas y beneficios del procedimiento, así como los riesgos normalmente previsible, las posibles complicaciones y los efectos indeseados.

Además de los riesgos generales de cualquier procedimiento quirúrgico o invasivo, se me informó especialmente de las eventuales complicaciones y efectos indeseados del procedimiento que se me practicará, a saber: _____

He comprendido las explicaciones dadas por el Médico y las respuestas a mis preguntas, así como que no se me garantizan los resultados del procedimiento.

4) Autorizo a que en caso de ser necesario se me practiquen transfusiones de sangre, plasma o derivados. También autorizo a los médicos y técnicos tratantes a utilizar, si las circunstancias lo requieren, un medio de contraste para realizar un estudio radiológico intraoperatorio.

5) Autorizo a que el Médico Cirujano o quien se designe, realice las curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio, en el caso de que el procedimiento lo requiera.

6) Observaciones: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

C.I. _____

FECHA _____

DÍA MES AÑO

Razón por la que la firma está a cargo de un representante: _____

Dejo constancia de que soy Médico del paciente _____ y que le he explicado personalmente la naturaleza, el propósito y las posibles consecuencias de este procedimiento, al igual que los riesgos, posibles complicaciones y alternativas terapéuticas.

He solicitado personalmente la firma de este documento, constatando que el paciente (o su representante) ha comprendido la información y las explicaciones dadas, decidiendo libremente.

Firma del Médico: _____ Aclaración de la firma: _____

C.I. _____

FECHA _____

DÍA MES AÑO

Imoda Nieva - R.U.T 215421210010