

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 previsibles, 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

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIA

1) _____, afiliado a COSEM, autorizo a practicar el acto anestésico que me ha sido propuesto por el Dr. _____ para permitir el procedimiento de diagnóstico/tratamiento que se me practicará.

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

Se me explicó que la anestesia es necesaria para poder practicar el procedimiento sin dolor y con la mayor seguridad posible, bajo estrictos controles y vigilancia permanente.

Se me informó sobre los riesgos, complicaciones y efectos indeseados normalmente previsibles.

Se me informaron los riesgos generales de cualquier procedimiento anestésico, derivado de la punción de venas, las maniobras de intubación traqueal y la administración de sueros y medicamentos.

También se me informó especialmente sobre las eventuales complicaciones y efectos indeseados que, en mi caso, presenta el procedimiento anestésico que se me propone, 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.

3) Acepto la utilización de la medicación anestésica considere necesaria el Médico Anestesiólogo responsable, con la excepción de: _____

4) Observaciones del paciente: _____

Firma del paciente o representante autorizado: _____

C.I									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FECHA			
-------	--	--	--

DÍA MES AÑO

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