



HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE CAUQUENES
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



(Ley 20.584 / DS N° 31 2012, MINSAL)

Fecha: ____/____/____/

Nombre completo del paciente:.....

RUN paciente:

Nombre completo del familiar / representante legal / cuidador(a) (especificar):

.....

(Llenar si corresponde a casos especiales, según protocolo)

RUN:

He sido informado/a, por el médico:

Problema de salud del paciente:

(No usar abreviaturas e indicar patología principal en términos simples y lateralidad si le aplica)

Procedimiento a realizar:

(No usar abreviaturas e indicar procedimiento en términos simples e indicar lateralidad si le aplica)

Se me ha informado de la descripción, características y objetivos de la intervención y en términos sencillos de los posibles riesgos que podrían desprenderse de dicho acto, así como también de las ventajas y beneficios del mismo, y de las consecuencias del No tratamiento.

He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido resueltas en su totalidad y en forma satisfactoria.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me /le realice el procedimiento antes señalado.

.....

Nombre y Firma o huella digital del paciente / familiar / representante Legal/ cuidador(a).

.....

Timbre y firma del Médico que realiza el procedimiento o la Intervención quirúrgica / médico tratante del mismo perfil.

REVOCATORIA: Mediante la presente vengo a expresar mi revocatoria al consentimiento informado otorgado más arriba.

.....

Fecha: ____/____/____/

Firma del paciente/familiar/Representante Legal / cuidador(a).

