

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)
FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____
(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____
(NO utilizar ABREVIATURAS)

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PUNCIÓN PERCUTÁNEA GUIDA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA

El siguiente procedimiento diagnóstico consiste en una punción guiada por Tomografía Computada (TC), la cual permite extraer contenido o material patológico para su posterior análisis microscópico. Se le inyectará anestesia local para adormecer la zona a examinar.

Una vez confirmada la ubicación del tejido que se extraerá, se marcará sobre la piel el sitio de entrada de la aguja que se utilizará para el procedimiento. Se lavará y desinfectará la piel circundante al sitio de incisión. Al utilizar guía por imágenes, el médico radiólogo insertará la aguja a través de la piel, la hará avanzar hasta el sitio deseado y extraerá la muestra de estudio. Finalmente, el material obtenido será enviado a análisis de laboratorio clínico.

Por medio del presente documento declaro que el médico suscrito me ha explicado completa y oportunamente la naturaleza, beneficios, objetivos, características, potenciales riesgos y complicaciones del procedimiento, intervención quirúrgica o del tratamiento que me realizará; así como también las alternativas disponibles, el pronóstico esperado y el proceso post-operatorio previsto.

Asimismo, declaro haber comprendido la información entregada y que he tenido la oportunidad de formular preguntas y dudas, las que han sido aclaradas y contestadas a su debido tiempo.

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación, con enfermedades, medicamentos, alergias o riesgos potenciales.

Entiendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por último y en caso de complicaciones o reacciones inesperadas, autorizo a mi médico a realizar las acciones necesarias para resolverlas de acuerdo a su mejor juicio y capacidad.

II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento

Apoderado: _____

Rut: _____

Firma paciente o apoderado

Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

En caso de DENEGACION O REVOCACION

Firma Paciente o apoderado

Firma Médico