

Clínica UC San Carlos de Apoquindo es muy importante que usted participe activamente en su proceso de atención, a través del pago o denegación por escrito, según sea su decisión libre, voluntaria e informada, de su autorización (consentimiento) para la realización del/los procedimiento(s) y/o intervenciones diagnósticas y/o terapéuticas que le ha recomendado su médico. Para ello, hemos dispuesto que nuestros médicos le otorguen la información suficiente y oportuna que usted necesite, a fin de tomar una decisión satisfactoria respecto de su salud.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Solange Caussade Lemaire por mí mismo o en representación
paciente _____, he sido debidamente informado(a),


tratamiento, procedimiento o intervención propuesto, denominado: _____

consanguineografía y ecografía angioplástica
(en adelante el procedimiento)

me ha sido indicado debido a la condición médica que me afecta, consistente en: _____

angina inestable

procedimiento será efectuado por: Dr. Lindefeld - Dr. Maurer

 13832824-4
R.U.N.

nombre y firma del médico responsable del procedimiento

me ha informado que durante el procedimiento, además del médico responsable, podrán participar otros miembros del equipo de salud, los cuales estarán debidamente autorizados por el primero. Siendo este un centro académico-asistencial, también he sido informado(a) que profesionales en distintas etapas de formación y debidamente autorizados, podrán observar y participar en algunas etapas del procedimiento.

En relación al procedimiento, he sido informado acerca de:

Sus características generales, sus objetivos y beneficios.

Sus potenciales riesgos y complicaciones. De éstos, los más significativos son: hemorragia

infarto, AVE, infección, muerte

- La existencia de alternativas al procedimiento elegido, así como los riesgos y beneficios de éstas.
- Los riesgos para mi salud en el caso de que el procedimiento no se realice.
- Las características del período posterior al procedimiento, incluyendo aspectos relativos al dolor, su tratamiento y el tiempo mínimo estimado para mi recuperación.

Entiendo que, además de los riesgos arriba señalados, existen otros inherentes a cualquier procedimiento médico o que tales como la infección y la hemorragia. Estoy consciente de que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y resultados del presente procedimiento no pueden ser, ni han sido garantizados.

Estoy de acuerdo con los siguientes aspectos:

- La aplicación de la técnica de sedación y/o analgesia requerida por el procedimiento.
- Si es en mi propio beneficio, el médico responsable podría modificar expresamente el tipo de procedimiento inicial nuevas situaciones que se hicieran evidentes durante su ejecución.
- Si yo hubiera expresado la voluntad de no recibir determinados tratamientos y éstos se requirieran durante el procedimiento mi voluntad será respetada.

Además he sido informado, y se me solicita el consentimiento, porque durante el procedimiento:

- Se podrían obtener imágenes para difusión médica o docente, en las cuales no se exhibirá mi rostro ni se mencionará mi

Consiento

☒ SI ☐ NO

- Se podrían extraer tejidos, los que podrán ser sometidos a exámenes necesarios para el manejo de mi condición médica dispuestos y utilizados en futuro con propósitos científicos y/o docentes.

Consiento

☒ SI ☐ NO

- Podría ser necesario realizar transfusiones de productos sanguíneos durante o después del procedimiento, por lo que han explicado los beneficios y riesgos de esta indicación. De este modo, consiento en que se me administren productos sanguíneos en caso de ser requeridos.

Consiento

☒ SI ☐ NO

Consiento en que se me realice el procedimiento:

☒ SI ☐ NO

Finalmente, declaro **NO** haber omitido ni alterado la información acerca de mi estado de salud, especialmente en re enfermedades, alergias o riesgos personales.

Estoy en conocimiento de que, hasta antes de iniciado el procedimiento, puedo cambiar de opinión acerca de lo señalado, cual deberé comunicar oportunamente al equipo médico tratante.

Nombre y firma del paciente o representante

6379413-0

18/11/14

R.U.N.

ASENTIMIENTO PARA PACIENTES MENORES DE EDAD

Pacientes de 14 a 18 años, deben expresar si asienten la realización del procedimiento:

☐ SI

☐ NO

Nombre paciente y firma paciente

R.U.N.

SECCIÓN A LLENAR POR EL MÉDICO

He explicado el procedimiento al paciente (o su representante) y he discutido con él (ella) la información arriba señalada. El paciente (o su representante) ☒ SI ☐ NO ha consentido en que el procedimiento le sea practicado.

Nombre y firma del médico informante

1383202

R.U.N.

En Santiago, a las 17, del 11 de 2014

FORMULARIO UNIVERSAL PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS, DIAGNOSTICOS, MEDICOS Y QUIRURGICOS

En pacientes menores de 18 años el consentimiento debe ser otorgado por su representante

Yo, José Luis Rodríguez Ojeda (de aquí en adelante **paciente**), en forma voluntaria y habiendo sido debidamente informado(a), y sin haber omitido ni alterado la información acerca de mi estado de salud, especialmente en relación a enfermedades, alergias o riesgos personales, SI ☐ NO ☐ consiento en que me sea practicado el tratamiento, procedimiento o intervención denominado:

Coronangiografía - Angioplastia
(de aquí en adelante **procedimiento**)

Este me ha sido indicado debido a la condición médica que me afecta, consistente en:

TVS

El procedimiento será efectuado por:

[Redacted Name]
Nombre del **MEDICO RESPONSABLE** del procedimiento

13832824-4
R.U.N.

[Signature]
Firma

Se me ha informado que durante el procedimiento, además del médico responsable, podrían participar otros miembros del equipo de salud, los cuales estarán debidamente autorizados por el primero. Por lo mismo, entiendo que los integrantes de este equipo podrían variar durante la ejecución del procedimiento. Siendo este un centro académico-asistencial, también he sido informado(a) que profesionales en distintas etapas de formación y debidamente autorizados, podrían observar participar en algunas etapas del procedimiento.

En relación al procedimiento, he sido informado acerca de:

- Sus características generales.
- Sus objetivos y beneficios.
- Sus potenciales riesgos y complicaciones. De éstos, los más significativos son:

- Hemorragia - Temblores
- PCR - ACV - Anestesia

- La existencia de alternativas al procedimiento elegido, así como los riesgos y beneficios de éstas.
- Las consecuencias en el caso de que yo no lo consienta.
- Las características del período posterior al procedimiento, incluyendo aspectos relativos al dolor, su tratamiento y el tiempo mínimo estimado para mi recuperación.

Entiendo que, además de los riesgos arriba señalados, existen otros inherentes a cualquier procedimiento médico o quirúrgico, tales como el dolor, la infección y la hemorragia. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que los resultados del presente procedimiento no me pueden ser, ni me han sido garantizados.

Estoy de acuerdo con los siguientes aspectos:

- La aplicación de la técnica de sedoanalgesia o anestesia requerida por el procedimiento.
- Si es en mi propio beneficio, el médico responsable podría modificar expresamente el tipo de procedimiento inicial si es que nuevos factores se hicieran evidentes durante su ejecución.
- Si yo hubiera expresado la voluntad de no recibir determinados tratamientos y éstos se requirieran durante el procedimiento, mi voluntad será respetada.
- Durante el procedimiento podrían obtenerse imágenes para difusión médica, científica o docente.
- Los tejidos que pudieran ser extraídos podrán ser sometidos a exámenes necesarios para el manejo de mi condición médica, o dispuestos y utilizados con propósitos científicos y/o docentes.

He sido informado(a) acerca de la eventual necesidad de transfusiones de productos sanguíneos durante o después del procedimiento, por lo que se me han explicado los beneficios y riesgos de esta indicación. De este modo, consiento en que se me administren productos sanguíneos si esto fuera necesario: SI ☒ NO ☐

Teniendo yo menos de 18 años, asiento en que se me realice el procedimiento: SI ☐ NO ☐

Finalmente, estoy consciente de que, hasta antes de iniciado el procedimiento, puedo cambiar mi opinión acerca de los aspectos señalados, lo cual deberé comunicar oportunamente al equipo médico tratante.

[Redacted]
Nombre del PACIENTE o REPRESENTANTE

7.927.999-1
R.U.N.

[Redacted]
Firma

03.12.20
Fecha

Causa de la representación: paciente VRI

He explicado el procedimiento al paciente (o su representante) y he discutido con él (ella) la información arriba señalada. El (la) paciente (o su representante) SI ☐ NO ☐ ha consentido en que el procedimiento le sea practicado.

[Redacted]
Nombre del MEDICO INFORMANTE

15359130K
R.U.N.

[Redacted]
Firma

03/12/15
Fecha

REVOCACION

En forma voluntaria, he decidido revocar el consentimiento arriba especificado.

Nombre del PACIENTE o REPRESENTANTE

R.U.N.

Firma

Fecha



Red Salud UC®
Facultad de Medicina

FORMULARIO UNIVERSAL PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PROCEDIMIENTOS INVASIVOS, DIAGNOSTICOS, MEDICOS Y QUIRURGICOS

En pacientes menores de 18 años el consentimiento debe ser otorgado por su representante

Yo, [Redacted Name] (de aquí en adelante paciente), en forma voluntaria y habiendo sido debidamente informado(a), y sin haber omitido ni alterado la información acerca de mi estado de salud, especialmente en relación a enfermedades, alergias o riesgos personales, SI ☐ NO ☐ consiento en que me sea practicado el tratamiento, procedimiento o intervención denominado:

Coronariografía + Eventual Angioplastia
(de aquí en adelante procedimiento)

Este me ha sido indicado debido a la condición médica que me afecta, consistente en:

Infarto Agudo al miocardio

El procedimiento será efectuado por:

[Redacted Name]
Nombre del MEDICO RESPONSABLE del procedimiento

120318244
R.U.N.

[Signature]
Firma

Se me ha informado que durante el procedimiento, además del médico responsable, podrían participar otros miembros del equipo de salud, los cuales estarán debidamente autorizados por el primero. Por lo mismo, entiendo que los integrantes de este equipo podrían variar durante la ejecución del procedimiento. Siendo este un centro académico-asistencial, también he sido informado(a) que profesionales en distintas etapas de formación y debidamente autorizados, podrían observar o participar en algunas etapas del procedimiento.

En relación al procedimiento, he sido informado acerca de:

- Sus características generales.
- Sus objetivos y beneficios.
- Sus potenciales riesgos y complicaciones. De éstos, los más significativos son:

Angina, Hematoma, Riesgo coronario
muerte

- La existencia de alternativas al procedimiento elegido, así como los riesgos y beneficios de éstas.
- Las consecuencias en el caso de que yo no lo consienta.
- Las características del período posterior al procedimiento, incluyendo aspectos relativos al dolor, su tratamiento y el tiempo mínimo estimado para mi recuperación.

Entiendo que, además de los riesgos arriba señalados, existen otros inherentes a cualquier procedimiento médico o quirúrgico, tales como el dolor, la infección y la hemorragia. Estoy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que los resultados del presente procedimiento no me pueden ser, ni me han sido garantizados.

Estoy de acuerdo con los siguientes aspectos:

- La aplicación de la técnica de sedoanalgesia o anestesia requerida por el procedimiento.
- Si es en mi propio beneficio, el médico responsable podría modificar expresamente el tipo de procedimiento inicial si es que nuevos factores se hicieran evidentes durante su ejecución.
- Si yo hubiera expresado la voluntad de no recibir determinados tratamientos y éstos se requirieran durante el procedimiento, mi voluntad será respetada.
- Durante el procedimiento podrían obtenerse imágenes para difusión médica, científica o docente.
- Los tejidos que pudieran ser extraídos podrán ser sometidos a exámenes necesarios para el manejo de mi condición médica, o dispuestos y utilizados con propósitos científicos y/o docentes.

He sido informado(a) acerca de la eventual necesidad de transfusiones de productos sanguíneos durante o después del procedimiento, por lo que se me han explicado los beneficios y riesgos de esta indicación. De este modo, consiento en que se me administren productos sanguíneos si esto fuera necesario: SI ☒ NO ☐

Teniendo yo menos de 18 años, asiento en que se me realice el procedimiento, SI ☒ NO ☐

Finalmente, estoy consciente de que, hasta antes de iniciado el procedimiento, puedo cambiar mi opinión acerca de los aspectos señalados, lo cual deberé comunicar oportunamente al equipo médico tratante.

Nombre del PACIENTE o REPRESENTANTE

4518452-3

R.U.N.

Firma

Fecha

16-08-16

Causa de la representación:

ESPOSO

He explicado el procedimiento al paciente (o su representante) y he discutido con él (ella) la información arriba señalada. El (la) paciente (o su representante) SI ☐ NO ☐ ha consentido en que el procedimiento le sea practicado.

Nombre del MEDICO INFORMANTE

15311418-9

R.U.N.

Firma

Fecha

16/9/16

REVOCACION

En forma voluntaria, he decidido revocar el consentimiento arriba especificado.

Nombre del PACIENTE o REPRESENTANTE

R.U.N.

Firma

Fecha