

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS TERAPEUTICOS

Por el presente documento declaro haber sido informado(a) respecto de todos los alcances de o los procedimientos que se efectuaran , de acuerdo con el diagnostico de la enfermedad que padezco.

Don(ña) :  Rut

y que en esa condición requiere que se efectuen los siguientes procedimientos diagnosticos y/o terapeuticos.

Procedimientos Diagnósticos

Procedimientos Terapéuticos

Asimismo, he sido informado(a) acerca de las características, potenciales riesgos, efectos colaterales, complicaciones y ventajas de estos procedimientos médicos, que tienen por objetivos la prevención, el tratamiento de la enfermedad o rehabilitación, como también las consecuencias de rechazar o interrumpir las indicaciones recibidas. Por lo tanto, doy mi Consentimiento Informado para que el médico realice los procedimientos indicados. Acepto también la administración del Anestésico, necesario para la realización de los procedimientos.

Si en el transcurso o a consecuencia de las mismas se presentan situaciones imprevistas que requieran exámenes o procedimientos diferentes o adicionales, acepto y autorizo desde ya a dichos profesionales para realizarlos.

Paciente     
Firma Rut

Representante     
del Paciente Rut Firma Nombre

Parentesco  Acepto SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

El Médico que suscribe, declara haber informado al paciente (o a su representante) el diagnóstico, los procedimientos necesarios, el tratamiento indicado y sus eventuales riesgos.

Dr.     
Nombre Rut Firma

Ovalle,