

Consentimiento Informado

Procedimiento Anestésico para Tomografía Computada

Fecha: _____

Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: _____ Edad: _____

Nombre y apellidos representante legal: _____

Indicación del Riesgo:

La realización de cualquier procedimiento anestésico o sedación profunda, en que se deprime la conciencia del paciente tiene riesgos y puede presentar complicaciones, de enfermedades concomitantes conocidas o desconocidas.

Las complicaciones son poco frecuentes, la mayoría de estas se pueden manejar con medidas simples. Sin embargo otras pueden ser más complejas. La posibilidad de morir es remota, existiendo una posibilidad estadística (en términos de cifras 0,0015% a 0,00018%).

Las posibles complicaciones precoces consisten mayoritariamente en complicaciones anestésicas puras, reacciones alérgicas, lesiones oro bucofaringeo, infecciones, descompensaciones de enfermedades asociadas a desconocidas.

Declaración del paciente o representante legal.

Se me ha explicado y he comprendido la necesidad de realizar este procedimiento así como los riesgos que puede tener.

Doy consentimiento para que se realice la anestesia señalada, así como también las medidas complementarias que se estimen oportunas, tanto para el procedimiento como para las eventuales complicaciones que puedan aparecer.

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

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

MÉDICO DE ANESTESIA

Dr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

NEGACIÓN (RECHAZO):

Aún cuando he recibido información acerca de los riesgos y beneficios del procedimiento que se me practicaría, así como de los efectos que resulten de la no realización de éste, declaro que NO LO ACEPTO y asumo las consecuencias derivadas de tal decisión.

Firma: _____

REVOCACIÓN:

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco/que padece el paciente.
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): _____

Rut: _____

Firma: _____

Fecha: _____