



## CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL CLINICO DEL SUR S.p.A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_

**Nº ADMISIÓN:** \_\_\_\_\_ **PREVISIÓN:** \_\_\_\_\_ **HABITACIÓN:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO TRATANTE:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO ANESTESISTA:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Declaro que he sido informado por mi médico tratante que, de acuerdo con el examen clínico y los estudios complementarios realizados, mi diagnóstico actual es:

Se me ha explicado las características de mi cuadro clínico, su pronóstico y los perjuicios que puede provocar a mi salud.

Se me ha informado sobre las diferentes alternativas de tratamiento disponibles y respecto de los beneficios y riesgos que cada uno de ellos conlleva.

Especialmente, se me ha informado sobre la naturaleza y fines de la intervención o procedimiento a realizar, sobre los riesgos, los daños propios y colaterales, las consecuencias y las molestias que me pudiesen generar. Asimismo, se me ha comunicado que existe la posibilidad que se presenten complicaciones y los tratamientos que estas requieren.

Se me ha explicado que la administración de medicamentos durante la anestesia también involucra riesgos, que pueden llegar a ser graves, en un bajo número de casos.

Se me ha informado sobre los posibles peligros atribuibles a mi estado de salud previo, mi edad, mis problemas alérgicos, mis intolerancias medicamentosas, u otros factores agregados, que aumentan los riesgos de la intervención o procedimiento propuestos.

Entiendo que en medicina nada es absoluto y por lo tanto no se puede generalizar respecto de la mejoría y la condición final o resultado que se obtendrá en mi caso.

Se me ha informado que las complicaciones generales de una intervención quirúrgica pueden ser:

- Trombosis venosa profunda
- Tromboembolismo pulmonar
- Infección
- Atelectasia pulmonar, neumonía.
- Sepsis
- Dolor residual
- Hematomas
- Hemorragias

- Complicaciones propias de la enfermedad.
- Paro cardiorrespiratorio.
- Lesiones de estructuras adyacentes al área de intervención.
- Lesiones vasculares.
- Lesiones neurológicas.
- La evolución de algunas de estas complicaciones puede ser mortal.
- Cualquiera de estas complicaciones puede requerir tratamiento médico, quirúrgico o rehabilitación.
- Si la cirugía se realiza por vía mínimamente invasiva puede ser necesario cambiar a la técnica tradicional.

Se me ha explicado que las complicaciones específicas para mi intervención o procedimiento pueden ser:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Declaro que he comprendido la información recibida por parte de mi médico tratante, que he tenido tiempo para hacer las preguntas requeridas para mi mejor comprensión y que he sido informado que poseo la facultad de revocar este consentimiento sin expresión de causa alguna.

A través de este documento expreso mi consentimiento para que el equipo quirúrgico realice la intervención de: \_\_\_\_\_

Entendiendo que ésta se efectuará dentro de los estándares generalmente establecidos y aceptados por la medicina actual.

Asimismo otorgo expresamente mi consentimiento para que, en el caso que se presenten nuevos hallazgos intraoperatorios o complicaciones durante la realización de la intervención y/o procedimiento autorizados, se me efectúen las intervenciones o procedimientos complementarios que permitan resolver dichos eventos.

Otorgo esta autorización comprendiendo que cualquier procedimiento involucra algunos riesgos y que tanto el equipo médico, como el Hospital Clínico del Sur S.p.A., están capacitados para intervenirme bajo las normas de seguridad propias de un establecimiento de salud.

En el caso de no dar mi consentimiento para que se realice la intervención quirúrgica que se me propone, comprendo claramente los riesgos y eventuales complicaciones que ello implica, los que también me han sido explicados.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE / MADRE / CÓNYUGE / TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE DA EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD O INHABILITADOS LEGALMENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT DEL REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL CLINICO DEL SUR S.p.A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRACTICAR PROCEDIMIENTO DE ANESTESIA

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_

**Nº ADMISIÓN:** \_\_\_\_\_ **PREVISIÓN:** \_\_\_\_\_ **HABITACIÓN:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO TRATANTE:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO ANESTESIÓLOGO:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Declaro que frente a la necesidad de requerir una intervención quirúrgica, o procedimiento de diagnóstico, he sido informado por mi médico tratante que recibiré la visita de un médico anesthesiologo, quien me propondrá un procedimiento anestésico.

El médico anesthesiologo me ha informado el tipo de anestesia que se me administrará, la que estará de acuerdo con la visita preanestésica, los estudios de apoyo diagnóstico y las características de la intervención quirúrgica o procedimiento propuesto.

Se me ha explicado que al realizar el procedimiento anestésico se me instalará una vía venosa en una de mis extremidades, donde se administrarán sueros y medicamentos. De acuerdo a mi grado de riesgo y/o complejidad de la cirugía pudieran requerirse elementos de monitorización invasiva, como por ejemplo: línea arterial, catéter venoso central, catéter urinario u otros.

Se me ha informado que en el caso de recibir anestesia general, al momento de la administración de los medicamentos me dormiré mientras respiro oxígeno. En ese instante se colocará un dispositivo para manejar la vía aérea que puede corresponder a una máscara laríngea o un tubo endotraqueal. Por efecto de los fármacos anestésicos permaneceré dormido y relajado durante toda la intervención quirúrgica. El anesthesiologo y el auxiliar de anestesia serán los encargados de vigilar y controlar todo el procedimiento anestésico y asistir las posibles complicaciones que pudieran surgir. Cuando el cirujano lo solicite, el anesthesiologo iniciará el proceso para despertarme hasta que recupere la capacidad de respirar por mi mismo. Asimismo, se me ha explicado que, en algunos casos el paciente puede requerir apoyo respiratorio permaneciendo intubado y bajo sedación en UCI

Se me ha explicado que en el caso de recibir anestesia regional (espinal, peridural, bloqueos regionales u otros) y no se obtuvieran los efectos requeridos, ya sea por razones técnicas, o por condiciones propias del paciente, podría ser necesario administrar anestesia general.

Se me ha informado que el procedimiento anestésico involucra riesgos, molestias y efectos secundarios, que pueden llegar a ser graves en un bajo número de casos, los que pueden ser:

- Lesión en alguna parte de la boca y/o dentadura durante la colocación del tubo.
- Lesión de vía aérea.

- Perforación de esófago.
- Hemorragias
- Reacciones alérgicas
- Complicaciones respiratorias.
- Náuseas y/o vómitos.
- Daño ocular
- Cefalea
- Dolor lumbar
- Sensación de hormigueo en la zona anestesiada.

Se me ha explicado sobre las posibles complicaciones atribuibles a mi estado de salud previo, edad, u otros factores, que acrecienten los riesgos del procedimiento anestésico.

Se me ha informado que los factores de riesgo agregados, dada mi situación clínica y mis condiciones pueden ser:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Declaro que he comprendido la información recibida por parte de mi médico anesthesiólogo, que he tenido tiempo para hacer las preguntas requeridas para mi mejor comprensión y que he sido informado que poseo la facultad de revocar este consentimiento sin expresión de causa alguna.

A través de este documento expreso mi consentimiento para recibir anestesia:

\_\_\_\_\_

Entendiendo que la administración de ésta se efectúa dentro de los estándares generalmente establecidos y aceptados por la medicina actual.

Asimismo expreso mi consentimiento para que en el caso que se presenten complicaciones durante la realización del procedimiento anestésico, se me efectúen los procedimientos complementarios que permitan resolver dichos eventos.

Otorgo esta autorización comprendiendo que cualquier procedimiento involucra algunos riesgos y que tanto el equipo médico, como el Hospital Clínico del Sur S.p.A., están capacitados para intervenirme bajo las normas de seguridad propias de un establecimiento de salud.

En el caso de no dar mi consentimiento para que se realice el procedimiento anestésico que se me propone, entiendo claramente los riesgos y eventuales complicaciones que ello implica, los que también me fueron explicados.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO ANESTESIÓLOGO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE / MADRE / CÓNYUGE / TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE DA EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD O INHABILITADOS LEGALMENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT DEL REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL CLINICO DEL SUR S.p.A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_

**Nº ADMISIÓN:** \_\_\_\_\_ **PREVISIÓN:** \_\_\_\_\_ **HABITACIÓN:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO ENDOSCÓPISTA:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO ANESTESIÓLOGO:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Declaro que he sido informado por mi médico tratante que, de acuerdo con el examen clínico y los estudios complementarios realizados, mi diagnóstico actual es \_\_\_\_\_ por lo anterior, el facultativo tratante ha estimado necesario que sea sometido a: \_\_\_\_\_

Entendiendo que el examen se efectuará dentro de los estándares generalmente establecidos y aceptados por la medicina actual.

El procedimiento será realizado por un médico especialista quien emitirá un informe para mi médico tratante.

El examen de endoscopía consiste en la visualización del tracto digestivo superior, es decir, mirar por dentro el esófago, el estomago y el duodeno. También es posible realizar el estudio de la presencia de una bacteria, el Helicobacter Pylori, en la mucosa gástrica, que se asocia con la ulcera gástroduodenal. Es importante señalar que muchas personas son portadoras de esta bacteria y nunca presentan la enfermedad; por eso no es un examen de rutina y sólo se realiza si el endoscopista lo estima necesario.

El examen de colonoscopia consiste en visualizar el tracto digestivo inferior, es decir, mirar por dentro el colon. Para dicho examen es indispensable la preparación del colon, la que debe realizarse entre 24 a 48 horas antes del examen. Si la preparación del colon no es adecuada puede ser necesario repetir el examen.

Durante el examen usted también podrá ser sometido a estudios complementarios como toma de muestra para biopsias. Esto no es notado por el paciente, pero el médico endoscopista se lo comunicará.

El examen se realiza con un endoscopio, que es un instrumento flexible. Dicho instrumento es sometido a desinfección de alto nivel, antes y después de cada examen.

El examen no es doloroso, pero es molesto, por lo que previamente se procede a anestesiarse la faringe (garganta), en el caso de endoscopia digestiva alta, además se inyectan medicamentos endovenosos para que usted esté más tranquilo durante el procedimiento (sedación). En situaciones especiales se puede realizar el examen bajo anestesia general.

Es importante que usted se encuentre en ayunas. No debe comer ni beber, incluso no puede recibir medicamentos 6 horas antes del procedimiento. Si usted es diabético no debe recibir insulina el día del examen.

El paciente debe venir acompañado por un adulto responsable. Después del procedimiento no debe conducir ni manejar maquinaria el resto del día

He sido informado que el examen puede tener complicaciones, las que son poco frecuentes como daño de la pared del tracto digestivo o aspiración de contenido gástrico a los pulmones. También, existen complicaciones que dependen de la condición previa del paciente, por esto es muy importante que usted señale sus antecedentes de enfermedades a su médico tratante y en el momento de ser atendido en la unidad de procedimientos.

Declaro que he comprendido toda la información recibida por parte de mi informante, que he tenido tiempo para hacer las preguntas requeridas para mi mejor comprensión y que he sido informado que poseo la facultad de revocar este consentimiento sin expresión de causa alguna.

Asimismo otorgo mi consentimiento para que en el caso que se presenten nuevos hallazgos o complicaciones durante la realización del procedimiento autorizado, se me efectúen los procedimientos complementarios que permitan resolver estos eventos.

En el caso de no dar mi consentimiento para que se realice el procedimiento que se me propone, entiendo claramente los riesgos y eventuales complicaciones que ello implica, los que también me fueron explicados.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO ENDOSCOPISTA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE / MADRE / CÓNYUGE / TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE DA EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD O INHABILITADOS LEGALMENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT DEL REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL CLINICO DEL SUR S.P.A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS CON SUSTANCIAS DE CONTRASTE.

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT:** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_

**Nº ADMISIÓN:** \_\_\_\_\_ **PREVISIÓN:** \_\_\_\_\_ **HABITACIÓN:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO RADIÓLOGO:** \_\_\_\_\_

**MÉDICO ANESTESIÓLOGO:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

Los exámenes que requieren del uso de sustancias de contraste endovenoso (introducidos en el interior de una vena) son los exámenes del sistema vascular (angiografía o venografía) o del sistema renal (pielografía endovenosa).

Declaro haber sido informado por mi médico tratante que de acuerdo con el examen clínico y los estudios complementarios realizados requiero realizarme el procedimiento de:

Especially, se me ha informado la naturaleza y fines del procedimiento a realizar, sobre los riesgos, los daños propios y colaterales, las consecuencias y las molestias que me pudiese generar. Asimismo, se me ha comunicado que existe la posibilidad que se presenten complicaciones y los tratamientos que estas requieren.

Se me ha explicado cuáles son los beneficios del uso de estas sustancias, las que permiten la mejor visualización del estado de los órganos, lo que redundará en el conocimiento y valoración de la enfermedad.

Se me ha informado que, la administración de una sustancia de contraste, se realiza mientras el paciente se encuentra recostado sobre una camilla, se punciona una vena, luego, se administra suero y se inyecta el medio de contraste que circulará por todo el torrente sanguíneo. La dosis a administrar depende de la edad del paciente, del peso y del examen que se haya indicado. Las imágenes que corresponden al examen solicitado se adquieren durante, o inmediatamente después, de la inyección de la sustancia del contraste.

Se me ha explicado cuales son los riesgos, molestias y efectos secundarios que puede tener este estudio. En medicina todos los procedimientos tienen algunos riesgos que es importante que el paciente conozca. En la mayoría de los casos la inyección intravenosa de sustancias de contraste no produce ninguna molestia, excepto el pinchazo y sensación de calor. Sin embargo, existe el riesgo de reacciones adversas de diferentes grados, puesto que todo el cuerpo está comprometido. A continuación se señalan los riesgos más importantes:

Reacciones leves: Consisten en sensación de calor, mal sabor de boca, náuseas, vómitos, picazón y urticaria en la piel. Estas reacciones suelen pasar rápidamente o se corrigen con la medicación adecuada.

Complicaciones de la punción: Flebitis, extravasación del medio de contraste.

Reacciones graves: De origen generalmente alérgico, el paciente presenta dificultad creciente para respirar, alteraciones en el ritmo cardíaco, convulsiones y pérdida de la conciencia. Esta reacción es muy rápida por lo que requiere de maniobras de rescate más invasivas. La probabilidad de que esto ocurra se ha calculado en 4 por 10.000 pacientes (de 10.000 pacientes que se hacen la prueba, 4 pueden llegar a tener una reacción de esta naturaleza).

Desafortunadamente, no existe ninguna prueba que nos asegure en que personas se va a producir una de estas reacciones, como tampoco podemos saber su intensidad o gravedad. Por esta razón es sumamente importante que usted nos indique, antes del examen, si se ha realizado estudios de contraste yodado anteriormente y si presentó alguna reacción extraña. También es importante que usted entregue información a su médico tratante sobre antecedentes de enfermedades, medicamentos que utiliza, y antecedentes alérgicos, tales como, alergia al yodo, a los metales, medicamentos o mariscos.

Durante el examen usted estará acompañado por un médico radiólogo además contamos con los profesionales idóneos para tratar eventuales complicaciones que surjan

En el caso de no dar mi consentimiento para que se me realice el examen que se propone, entiendo claramente los riesgos y eventuales complicaciones que ello implica, los que también me fueron explicados.

**FIRMA DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL MÉDICO RADIÓLOGO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PADRE / MADRE / CÓNYUGE / TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE DA EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD O INHABILITADOS LEGALMENTE:** \_\_\_\_\_

**RUT DEL REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA DEL REPRESENTANTE:** \_\_\_\_\_