



Clínica Colonial

FORMULARIO PARA CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS INVASIVOS MEDICOS Y QUIRURGICOS CLINICA COLONIAL

Declaro que he recibido completa información sobre la naturaleza de mi enfermedad (*diagnóstico*) _____ consiento en el presente documento, el procedimiento o intervención: _____ que será realizado por: _____.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo las características del procedimiento o intervención indicado, he recibido información en relación a sus objetivos, riesgos potenciales o complicaciones, posibles beneficios y probables resultados. Se me ha informado sobre eventuales procedimientos o intervenciones alternativos si los hubiere y su eficacia, así como también las consecuencias de no realizarse el procedimiento o intervención, oportunidad de la intervención (urgencia, electiva) y tiempo de la recuperación.

En la eventualidad que requiera mayor información sobre el procedimiento o intervención, tendré la oportunidad de hacerlo con el médico o equipo a mi cargo.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de “Denegación o revocación de Consentimiento Informado”. Libre y voluntariamente AUTORIZO la realización del procedimiento o intervención indicado.

ACEPTO

RECHAZO

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		FIRMA O HUELLA PACIENTE
NOMBRE		
APELLIDOS		
CEDULA DE IDENTIDAD		

IMPORTANTE: *Completar solo en caso de incapacidad del paciente o menores de edad:*

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	FIRMA REPRESENTANTE
-----------------------------	---------------------



Clínica Colonial

NOMBRE		
APELLIDOS		
CEDULA DE IDENTIDAD		

Identificación del Médico o profesional que realiza el procedimiento: *(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)*

IDENTIFICACIÓN DEL PROFESIONAL		FIRMA PROFESIONAL
NOMBRE		
APELLIDOS		
CEDULA DE IDENTIDAD		

En Santiago, a ____ de _____ de _____.