

CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESIA / SEDACIÓN

En Santiago, a de de 20..... a las.....:.....horas

Paciente: RUT:

En caso que suscriba un representante:

Nombre: RUT:

Vínculo con el paciente:

Declaro haber recibido oportunamente información adecuada sobre la anestesia que se me administrará, sus objetivos y características, los riesgos que este procedimiento puede representar, las posibles complicaciones y las alternativas de anestesisas posibles, y el proceso previsible del postoperatorio.

Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada y que he tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el(la) Dr. (a)

Por lo anteriormente expuesto, declaro que mi consentimiento para ser sometido(a) a.....

..... y a las acciones que el equipo médico considere necesarias en el caso de surgir situaciones no esperadas o complicaciones, es expresado en forma libre e informada.

.....
Firma Médico

.....
Firma Paciente o su Representante

DENEGACIÓN O REVOCACIÓN

En Santiago, a de de 20..... a las.....:.....horas

Paciente: RUT:

En caso que suscriba un representante:

Nombre: RUT:

Vínculo con el paciente:

Declaro haber recibido oportunamente información adecuada sobre la anestesia que se me administrará, sus objetivos y características, los riesgos que este procedimiento puede representar, las posibles complicaciones y las alternativas de anestesisas posibles.

Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada y que he tenido la oportunidad de formular mis preguntas y dudas, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el(la) Dr. (a)

En consideración a lo expuesto, deniego/revoco (eliminar lo que no proceda) en forma libre y consciente de ser sometido(a) a haciéndome responsable de las consecuencias que puedan derivarse de esta decisión.

.....
Firma Médico

.....
Firma Paciente o su Representante