

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON PATOLOGÍAS NEUROQUIRÚRGICAS

En Rancagua a _____ de _____ de _____;

Don(ña) _____ Rut: _____,

Relación con el enfermo _____
SOLICITA VOLUNTARIAMENTE que el Enfermo (a) Don (ña) _____

_____ RUT _____

sea tratado por el equipo de Neurocirugía formado por los Dres. Franco Ravera Zunino, Manuel Morales Jure, John Mosquera Venegas, Rodrigo Zapata Barra, Hernán Acevedo Gallardo, Humberto Gutierrez Romero y sus colaboradores.

DECLARAN QUE:

1.- Conocen la enfermedad del paciente y que corresponde a :

2.- Que se les ha explicado en que consiste su enfermedad y todos los posibles recursos médicos, quirúrgicos, y técnicos disponibles que pueden utilizarse para mejorar, aliviar o evitar la progresión de su enfermedad.

3.- Que han hecho todas las preguntas y han recibido una información completa sobre la enfermedad en cuestión y sobre el tratamiento a realizar, así como sus objetivos, posibles complicaciones o secuelas, y que, tras conocer ésta información sobre el diagnóstico y los tratamientos:

4.- AUTORIZAN a los médicos antes citados a realizar el tratamiento previsto de

sin perjuicio de realizar otro (s) que sea(n) necesarios durante el acto quirúrgico o no. Así como de los procedimientos necesarios, practicados por el personal médico y paramédico durante su Hospitalización en el Hospital Clínico FUSAT.

5.- Declaro conocer los posibles riesgos derivados de la anestesia y de la cirugía, que a título enunciativo y no limitativo, entre otros son: riesgo de complicaciones anestésicas (entre otras, shock, alteraciones cardio-respiratorias, incluso muerte), riesgo de complicaciones quirúrgicas generales (entre otras, infección, hemorragia, lesión de estructuras en el campo quirúrgico) y complicaciones específicas (entre otras, meningitis por contaminación, lesiones de nervios, medulares o de centros nerviosos, edema cerebral, infarto isquémico, embolismos, tromboflebitis, seguidas incluso de parálisis, alteraciones del sensorio, de la visión, de funciones superiores).

Se me ha explicado que algunas de estas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes, es decir, seguidas de secuelas.

Y reconocen que en este momento la voluntad de los médicos y personal colaborador es ayudar al paciente con su mejor saber y hacer, y están informados, tanto el enfermo (cuando su condición neurológica lo permita) como los familiares, de los riesgos citados, así como de otros de difícil previsión o prevención. Y en prueba de conformidad, con toda la información recibida y como consentimiento informado, firman el presente documento:

Nombre médico responsable de llenar el formulario _____

Firma médico

Firma familiar responsable

**RECUERDE, SU SALUD ES IMPORTANTE Y
QUEREMOS DARLE EL MEJOR CUIDADO, CONSULTE
CON SU MÉDICO**