

**CONSENTIMIENTO INFORMADO:
Medidas de prevención de riesgo de Caídas**

Estimado Paciente/representante legal

Junto con darles la bienvenida y producto de una constante preocupación por el bienestar del paciente hospitalizado en nuestras dependencias y como un modo de evitar accidentes (caídas) es que hemos considerado necesario aplicar pautas de seguridad que nos señalaran el riesgo en que se encuentra.

Según el puntaje obtenido serán las medidas que se aplicaran para prevenir caídas, y esperamos contar con su autorización y comprensión de ser necesario utilizarlas:

Se instalará a la cabecera del paciente la

- señalética (semáforo) del color correspondiente a su nivel de riesgo:
 - Verde : Bajo riesgo.
 - Amarillo: Mediano riesgo.
 - Rojo : Alto riesgo.

- La enfermera revisará a través de una evaluación diaria el riesgo de caída de los pacientes a su cargo, modificando las actividades que sean necesarias.

- Los puntajes superiores a 4 (letrero AMARILLO y ROJO) Se aplicarán medidas de sujeción mecánica tales como:
 - muñequeras
 - tobilleras
 - manoplas
 - batas de contención

Paciente/representante legal:

En la aplicación de la escala de Riesgo de caídas el puntaje al ingreso fue de: _____. Este puntaje puede sufrir variaciones, según las condiciones del paciente durante su hospitalización.

Según el puntaje obtenido se aplicaran las medidas que corresponde para evitar una posible caída del paciente.

Nombre Paciente: _____

Rut _____ Edad _____ N° Ficha _____
Servicio _____ Cama _____

A llenar por el paciente /representante legal *

He decidido aceptar (____) rechazar (____) esta indicación en conocimiento de las posibles consecuencias de mi decisión.

Firma _____
(Paciente/representante legal)

Fecha: _____ **Enfermera:** _____

(*) _____

- Menores de 18
- Privado de conciencia
- Incapacidad mental