

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS EN HOSPITALIZACIÓN ADULTOS

Usted tiene derecho a ser informado acerca de los beneficios y riesgos de los procedimientos a que será sometido durante su hospitalización. Nuestro propósito no es aumentar su preocupación, ni liberar al equipo de salud de su responsabilidad, sino simplemente representa nuestro deseo de que conozca mejor los hechos y pueda tomar la decisión libre y voluntaria de autorizar o rechazar dichos procedimientos.

En sala:

Para su recuperación es necesario realizar procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento que incluyen: exámenes de laboratorio (sangre, orina, deposición, secreciones, líquido cefalorraquídeo), transfusiones de sangre y sus hemoderivados, exámenes radiológicos con y sin contraste, exámenes digestivos, (endoscopías, gastroscopías, enemas baritados). Una vez conocido el diagnóstico se realizará el tratamiento correspondiente, que puede consistir en terapia endovenosa, tratamiento oral y/o rectal, kinesioterapia, cateterismo urinario, aplicación de oxígeno por naricera o mascarilla, nebulización o inhalación y otros.

Durante su permanencia, recibirá la alimentación autorizada por la nutricionista e indicada por el médico según sus necesidades específicas, la cual será administrada por la vía indicada, para facilitar su recuperación. No se permite que al paciente se le traiga alimentación externa.

En caso que usted necesite exámenes disponibles en otro establecimiento, el traslado será efectuado por personal capacitado y acreditado por la autoridad hospitalaria.

Si usted presenta una enfermedad infectocontagiosa recibirá la atención con técnica de aislamiento según indicación médica.

En caso de presentar alteración de conciencia puede ser necesaria la contención con métodos físicos, para evitar caídas accidentales o que se retire catéteres venosos y/o sondas.

En Servicio de UCI- UNI:

En los casos de riesgo vital, el paciente deberá ingresar a Cuidados Intensivos o Intermedios, donde según su gravedad, puede ser sometido al uso de tecnología más compleja y la necesidad de "invadir" el organismo mediante catéteres intravasculares, tubos en la vía respiratoria para administrar ventilación mecánica artificial u otros procedimientos derivados de su situación particular:

Los riesgos más comunes y frecuentes son:

- derivados de instalación de catéteres en venas, arterias, lumbar, pleura, abdomen, tales como: hemorragias, infecciones, coágulos, fugas de aire (neumotórax)
- derivados de la ventilación mecánica como: infecciones pulmonares, fugas de aire (neumotórax), lesiones o traumatismos de la vía aérea
- derivados de la reanimación en caso de paro cardiopulmonar: fractura de costillas, lesiones de piel u órganos internos
- reacciones adversas por medicamentos y/o transfusiones de sangre o derivados sanguíneos como alergias u otros efectos secundarios indeseables.

Los beneficios de estos procedimientos, superan en mucho a los riesgos por los que usted deberá pasar. Todas las complicaciones tienen tratamiento, pero un porcentaje mínimo de casos pueden ser muy graves e incluso provocar la muerte.

Autorizo el traslado a otro Prestador de Salud, en caso que sea necesario por indicación Médica

He entendido las explicaciones que me han entregado en un lenguaje claro y sencillo y he podido preguntar lo que he considerado necesario.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FICHA: _____ RUT _____ FECHA _____

FIRMA, NOMBRE Y RUT MÉDICO TRATANTE

FIRMA, NOMBRE Y RUT DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

REVOCACIÓN

A llenar por el paciente:

Nombre _____

Rut _____

(Paciente)

Fecha _____ Hora: _____

He decidido REVOCAR la autorización para realizar este procedimiento

Y asumo las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones de esta decisión.

Firma _____

(Paciente)

En casos especiales (*):

Nombre _____

Rut _____

(Representante legal)

Fecha _____ Hora: _____

He decidido REVOCAR la autorización para realizar este procedimiento

Y asumo las consecuencias, riesgos y eventuales complicaciones de esta decisión

Firma _____

(Representante legal)

A llenar por el profesional receptor:

Nombre _____ Rut _____

(Profesional receptor)

(*) _____

- Menores de 18
- Privado de conciencia
- Incapacidad mental