

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ (Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación) FECHA DE NACIMIENTO _____ RUT: _____
---

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ RUT: _____ (Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)
---

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO _____ (NO utilizar ABREVIATURAS)
---

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA _____ (NO utilizar ABREVIATURAS)
---

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ARTRO RESONANCIA (ARTRO-RM)

A usted se le ha solicitado la realización de una de Resonancia Magnética (RM) a petición de su médico tratante. La RM es una técnica de imagen que utiliza un imán de alta potencia. La Artroresonancia (ArthroRM) es un método de diagnóstico por imagen que ha mostrado ser de utilidad en la evaluación de algunas condiciones intra articulares, considerándose el estándar de referencia en algunas de ellas, además es de carácter semi invasivo donde previamente se distiende la cavidad articular por medio de una punción articular e inyección de contraste paramagnético y luego son adquiridas una serie de imágenes en el equipo de resonancia magnética.

Por medio del presente documento declaro que el médico suscrito me ha explicado completa y oportunamente la naturaleza, beneficios, objetivos, características, potenciales riesgos y complicaciones del procedimiento, intervención quirúrgica o del tratamiento que me realizará; así como también las alternativas disponibles, el pronóstico esperado y el proceso post-operatorio previsto.

Asimismo, declaro haber comprendido la información entregada y que he tenido la oportunidad de formular preguntas y dudas, las que han sido aclaradas y contestadas a su debido tiempo.

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación, con enfermedades, medicamentos, alergias o riesgos potenciales.

Entiendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por último y en caso de complicaciones o reacciones inesperadas, autorizo a mi médico a realizar las acciones necesarias para resolverlas de acuerdo a su mejor juicio y capacidad.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Representante legal: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====  
No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Médico