

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ <small>(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)</small>	
FECHA DE NACIMIENTO _____	RUT: _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____	RUT: _____
<small>(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)</small>	

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO _____
<small>(NO utilizar ABREVIATURAS)</small>

HIPOTESIS DIAGNÓSTICA _____
<small>(NO utilizar ABREVIATURAS)</small>

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA BIOPSIA PERCUTÁNEA GUIDA POR TOMOGRAFIA COMPUTADA

El siguiente procedimiento diagnóstico consiste en una biopsia guiada por Tomografía Computada (TC). Una biopsia permite extraer muestras de un tejido para su posterior análisis microscópico por un médico anatomopatólogo. Se le inyectará anestesia local para adormecer la zona a examinar. Una vez confirmada la ubicación del tejido que se extraerá, se marcará sobre la piel el sitio de entrada de la aguja que se utilizará para el procedimiento. Se lavará y desinfectará la piel circundante al sitio de incisión. Al utilizar guía por imágenes, el médico radiólogo insertará la aguja a través de la piel, la hará avanzar hasta el sitio deseado y extraerá muestras de tejido. Finalmente, la muestra de biopsia será enviada a anatomía patológica para su análisis.

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 postoperatorio 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