

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>

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

I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA MARCACIÓN RADIO QUIRÚRGICA

El procedimiento de Marcación preoperatoria de lesiones de mama tiene por objetivo guiar al médico cirujano a localizar con precisión la zona afectada para realizar una mastectomía parcial por la presencia de lesiones mamarias no palpables solo visibles en mamografía (microcalcificaciones, distorsiones de la arquitectura mamaria y/o densidades asimétricas). Lesiones previamente biopsiadas que recomiendan su extirpación. Se coloca un clip metálico de titanio el cual no debe presentar preocupaciones relacionadas con la salud del paciente, y es compatible con la vida diaria.

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