

## 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 BIOPSIA ESTEREOTÁXICA MAMARIA

La biopsia de mama estereotáxica utiliza la mamografía (un tipo específico de toma de imágenes usando rayos X de baja dosis) para ayudar a localizar una anomalía en la mama y extirpar una muestra de tejido para su examen bajo el microscopio. Es menos invasiva que la biopsia quirúrgica, deja una cicatriz muy pequeña o ninguna cicatriz, y puede ser una forma excelente de evaluar los depósitos de calcio o diminutas masas que no se pueden ver con ultrasonido. Hable con su médico si existe alguna posibilidad de que esté embarazada. Coméntele sobre cualquier medicamento que esté tomando, incluyendo aspirina y suplementos herbales, y sobre si tiene alguna alergia (especialmente a la anestesia). Se le recomendará que deje de tomar durante los tres a cinco días anteriores a su procedimiento: aspirina, anticoagulantes o suplementos herbales específicos, ya que pueden incrementar su riesgo de sangrado.

No es necesario acudir en ayunas. Basta con comer liviano el día del procedimiento. Tras el examen, es común la aparición de hematomas temporales y de dolor leve. En caso de presentar aumento de temperatura local, enrojecimiento, sangrado o dolor excesivo, debe consultar a su médico tratante o en un servicio de urgencias.

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.

<b>En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento</b>	
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.

<b>En caso de DENEGACION O REVOCACION</b>	
_____ Firma Paciente	_____ Firma Médico