

 HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 1 de 17

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado
E.U. Susana Aravena M. MT. Carolina Quinteros T. Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente TM. Catalina Gonzalez Unidad de Imagenología EU Maritza Reyes M. Servicio Endoscopia	Dr. Bernardo López Director Médico Osvaldo Fernandez Medico Jefe de Pabellón Andre Cartes Medico Radiólogo	Ricardo Alvear Leal Director General
Firma	Firma	Firma
		
Fecha de Aprobación	31/05/2021	

Oficina de Calidad
 y Seguridad
 Hospital San Francisco Pucón

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 2 de 17

INDICE

1. INTRODUCCIÓN	3
2. OBJETIVOS	3
2.1 OBJETIVO GENERAL	3
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	3
3. ALCANCE	4
4.1 DE LA EJECUCIÓN (OBTENCIÓN Y APLICACIÓN).....	4
4.2 RESPONSABLES	5
DE LA SUPERVISIÓN.....	5
5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA	5
6. DEFINICIONES	6
7. DESARROLLO	6
7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN	6
7.2 CASOS EN QUE DEBE REQUERIR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	7
7.3 CARACTERISTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO	7
7.4 PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CIRUGIAS MAYORES Y PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS	8
7.5 PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN IMAGENOLOGÍA	9
7.6 CONSIDERACIONES.....	9
7.7 ASPECTO NORMATIVOS RELEVANTES.....	11
8. DISTRIBUCION.....	12
10. CONTROL DE CAMBIOS.....	13
11. ANEXOS.....	14

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 3 de 17

1. INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado, tiene por finalidad aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos.

También se ha constituido en una herramienta fundamental para una óptima relación entre el paciente y su médico, en el cumplimiento de un trato digno, humanitario y respetado los derechos de las personas, especialmente el derecho a la información como lo dicta marco legal vigente (Ley 20.584).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

- Estandarizar el procedimiento y condiciones para la obtención, llenado y archivo del consentimiento informado en los pacientes que serán sometidos a cirugías de mayor riesgo, procedimientos endoscópicos e imagenológicos en el Hospital Clínico San Francisco de Pucón.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Entregar la información necesaria para que el paciente decida sobre la conveniencia de someterse a la cirugía, procedimiento de endoscopia o de imagenología, indicada por el médico tratante.
- Definir la información necesaria que el paciente debe recibir por parte del personal hospitalario, tanto médicos como profesionales y técnicos, para la ejecución de procedimientos de cirugía, endoscopia e imagenología.
- Indicar en forma clara y breve los objetivos de la cirugía, procedimiento endoscópico o imagenológico al cual debe ser sometido.
- Informar sobre los beneficios reales o potenciales que obtendrá el paciente al someterse a una cirugía mayor, procedimiento endoscópico o imagenológico.
- Informar sobre los efectos indeseados, posibles riesgos y complicaciones que puedan presentarse en cuanto a su magnitud y probabilidad.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 4 de 17

- Permitir que, con su forma, el paciente declare que su participación es libre, voluntaria y esclarecida y que acepta los riesgos inherentes al procedimiento o en su defecto que lo rechaza o revoca.

3. ALCANCE

Ámbito de Aplicación: A todos los profesionales de Salud que participen en la atención del paciente que serán sometidos a cirugías mayores, procedimientos de endoscopia y de imagenología y a funcionarios de la unidad de Archivo de Fichas Clínicas.

Población de Aplicación: A todos los pacientes que se realizarán cirugías mayores, procedimiento de endoscopia y realización de exámenes imagenológicos de radiodiagnóstico y/o tomografía computada con inyección de medio de contraste.

4. RESPONSABLES

4.1 DE LA EJECUCIÓN (OBTENCIÓN Y APLICACIÓN)

Médico que realiza el procedimiento de Cirugía mayor o procedimientos endoscópicos

Es responsable de:

- Entregar la información necesaria al paciente
- Obtener la firma del paciente en el formulario de consentimiento informado.
- Completar el resto de contenidos mínimos del formulario
- En su ausencia puede entregar la información y obtener la firma quien lo reemplace de parte de la institución y posea las mismas facultades.

Médico tratante que solicita examen de Imagenología con medio de contraste

Es responsable de:

- Entregar toda la información relacionada con el examen imagenológico a realizar
- Responder dudas del paciente

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 5 de 17

Tecnólogo Medico de Imagenología

Es responsable de:

- Entregar formulario de consentimiento informado para procedimientos imagenologicos con medio de contraste al paciente
- Obtener la firma del paciente en el formulario de consentimiento informado y adjuntarlo a la Ficha clínica.

4.2 RESPONSABLES

DE LA SUPERVISIÓN

- Profesional Jefe del servicio de hospitalización.
- El Médico Jefe del servicio de pabellón.
- Enfermera Jefe del servicio de pabellón.
- Enfermera Unidad de Endoscopia
- TM Jefe de Unidad de Imagenología
- Oficina de calidad y Seguridad del Paciente.

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA

- D.S. N° 31 de 2012, “Aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud”.
- D.S. N°8 de 2013, “Reglamento de certificación de las especialidades de los prestadores individuales de salud y de las entidades que las otorgan”.
- Orientaciones para el diseño de requerimiento del Proceso de Acreditación en Salud. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente 2008- 2010.
- Ley N° 20.584, que regula derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 6 de 17

6. DEFINICIONES

Consentimiento informado: es la conformidad libre, voluntaria y consiente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte su salud.

CMA: Cirugía Mayor ambulatoria

Documento de Consentimiento informado: documento donde queda registrada la manifestación por escrito con nombre, firma y RUN tanto del paciente (o su representante legal en los casos de menores de edad o incapacidad para manifestar su voluntad) y del médico que informa.

Voluntariedad: es el acto del paciente de decidir libremente de someterse a un procedimiento sin que exista presión o manipulación de terceros.

Compresión: es la capacidad del paciente para entender la información que recibe.

Medio de contraste: Sustancia química externa al cuerpo que es inyectada a través del torrente sanguíneo para mejorar el contraste entre estructuras adyacentes.

TM: Tecnólogo Medico

7. DESARROLLO

7.1 CARACTERÍSTICAS DE LA INFORMACIÓN

- **Cómo debe ser la información:** Debe ser comprensible, veraz y adecuada de manera que ayude al paciente a tomar su decisión. El lenguaje empleado debe tener en cuenta al destinatario, adaptándose a su nivel intelectual y cultural, evitando utilizar términos técnicos. La información no será nunca dirigida a buscar una decisión determinada del paciente, debiendo evitar cualquier tipo de manipulación o coacción. La información será verbal respaldada por un documento escrito concordante.

- **Quién debe entregar la información:** Debe ser el médico que realizará el procedimiento o en su defecto, médico del mismo perfil, designado por la institución.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 7 de 17

En imagenología, es el médico tratante el que debe entregar toda la información relevante con respecto al examen que se realizará y resolver dudas para la tranquilidad y conocimiento del paciente. Durante el procedimiento es el profesional tecnólogo medico quien complementa esta acción.

- **A quién se debe entregar la información:** El paciente es quien debe recibir la información, salvo que hayan manifestado su voluntad de no ser informado. El paciente será informado, incluso si tiene la capacidad limitada, en función de sus facultades y grado de comprensión, sin perjuicio de que se facilite también a quien asume su representación y a las personas vinculadas a él por razones familiares. Los menores de edad tienen derecho a recibir información sobre su salud y sobre el tratamiento médico al que son sometidos en un lenguaje adecuado a su edad, madurez y estado psicológico.

7.2 CASOS EN QUE DEBE REQUERIR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el Hospital San Francisco de Pucón se requerirá consentimiento informado en:

- Pacientes sometidos a cirugía mayor y CMA
- Pacientes sometidos a procedimientos de Endoscopia
- Pacientes sometidos a procedimientos de imagenología (tomografía computada) con medio de contraste endovenoso
- Pacientes embarazadas sometidas a exámenes que tengan como fuente, la emisión de radiación ionizante (Radiografías, Mamografía o Tomografía computada)

7.3 CARACTERISTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

- El consentimiento informado corresponderá a un documento o formulario de papel en el cual el paciente firma la realización de un procedimiento específico (ver punto 7.2).
- En éste se consigna el procedimiento a realizar.
- El documento, en su defecto “el formulario” contendrá la autorización para una determinada prestación, su rechazo o revocación.
- El documento debe incluir contenidos mínimos de llenado (punto 7.5)

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 8 de 17

- El formulario de consentimiento informado, firmado forma parte de la ficha clínica del paciente, quedando en ella (formato papel o digital en el sector de imagenología).
- El formulario de consentimiento informado se firmará cada vez que el paciente es sometido a un procedimiento que signifiquen objetivos, características, riesgos o complicaciones distintas al primer evento. Así, por ejemplo, para aseos quirúrgicos en pacientes quemados se firma sólo una vez y tiene validez para todos los aseos quirúrgicos, mientras los objetivos terapéuticos no cambien.

7.4 PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CIRUGIAS MAYORES Y PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS

1. La obtención del consentimiento informado se inicia con la decisión médica para efectuar un procedimiento.
2. La indicación del procedimiento entregada por el médico tratante o interconsultor queda consignado en ficha clínica del paciente.
3. Posterior a este acto y siempre previo al procedimiento, el medico informa al paciente, familiares, si los hubiera, o representante legal de lo siguiente: **hipótesis diagnóstica, objetivos del procedimiento a realizar, sus características, potenciales riesgos, las consecuencias para el paciente en el caso de no realizarlo.**
4. El médico entregará el formulario de consentimiento informado, para que pueda ser leído con tiempo suficiente por el paciente, familiares o su representante legal, y poder realizar las consultas necesarias en relación a la cirugía mayor o procedimiento endoscópico a la que será sometido.
5. El médico, responderá dudas que los involucrados expresen, asegurando que la información ha sido comprendida.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 9 de 17

7.5 PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN IMAGENOLOGÍA

1. En relación a la sospecha diagnóstica del médico tratante o solicitante, éste genera la orden para la realización de un examen imagenológico (Tomografía Computada o Radiografía).
2. El médico le entrega la paciente la información en relación al examen, es decir, cómo se realiza, beneficios diagnósticos y para tratamiento, riesgos potenciales, preparación previa (medicación, dieta, etc.) y se genera la instancia para la resolución de dudas.
3. El día del examen, en la Unidad de Imagenología se le facilita al paciente o al tutor el documento del consentimiento informado correspondiente, para que lo revise con detención, pueda resolver las dudas que tenga y en caso de acceder a la realización del examen, firma el documento y se le entrega una copia del mismo.

7.6 CONSIDERACIONES

- Es recomendable que la información sea entregada de manera verbal en la intimidad de un lugar tranquilo, con lenguaje comprensible para el paciente, familiares o representante legal si corresponde.
- Se cautela que el consentimiento informado sea obtenido previo a algún procedimiento
- El consentimiento informado no debe ser pre llenado por personal técnico o profesional diferente al que realiza la intervención o en su defecto, médico o profesional del mismo perfil, designado por la institución.
- Es importante que el paciente entregue el documento al personal de la unidad de Imagenología momentos antes de realizar el examen para chequear que este correctamente completado y que es el mismo paciente o tutor el que se hace responsable del documento.
- El paciente no podrá someterse al procedimiento indicado si este documento no se encuentra firmado.
- **No hacer uso de abreviaturas en el consentimiento informado.**
- **Usar letra legible**

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 10 de 17

Contenidos a registrar en el consentimiento:

- Diagnóstico presuntivo
- Nombre, RUN y firma del profesional responsable del procedimiento (1° nombre y 1° apellido. Se considera válido el uso de timbres que al menos registren nombre y RUT.
- Nombre, RUN y firma del paciente o representante legal (al menos 1° nombre y 2 apellidos).
- Fecha de obtención del consentimiento.

- **Rechazo de la cirugía mayor o procedimiento endoscópico:** Si el paciente no acepta los procedimientos descritos, no podrá tener por objeto la aceleración artificial de su muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio y deberá quedar consignado en el documento de **rechazo**, indicando nombre (1 nombre y 1 apellido al menos), RUN y firma del paciente y médico y la fecha de obtención de dicho documento.

- **Rechazo de examen imagenológico:** Cuando el paciente rechaza el procedimiento a realizar, se le debe explicar, sin caer en el hostigamiento, cuales son los riesgos o costos que tiene su decisión para el proceso diagnóstico y futuro tratamiento.

En estos casos, debe completarse el documento de rechazo, el cual debe contener el nombre (1 nombre y 1 apellido al menos), RUN y firma del paciente o su tutor en el caso que corresponda.

- **Revocación del consentimiento** Si el paciente o representante legal habiendo consentido la cirugía mayor, procedimiento de endoscopia o examen imagenológico se arrepiente de la decisión tomada, esta decisión debe quedar consignada en el documento de **revocación**.

En el caso que un paciente, a pesar de consentir, rechazar o revocar la prestación de salud, se **niega a firmar el documento**, el médico o tecnólogo médico solicita la presencia de otro profesional (por ejemplo: enfermera / matrona Jefe de Turno), quién actuará como ministro de fe de la situación consignado ambos sus firmas en las fichas clínicas única del paciente tras describir el caso.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 11 de 17

7.7 ASPECTO NORMATIVOS RELEVANTES

- **Pacientes con enfermedades mentales**, con dificultad de entendimiento se procederá según el Decreto Supremo N°570 de 1998 de MINSAL, subtítulo 1 del consentimiento para tratamientos.
- **Pacientes menores de edad y pacientes con alteración de conciencia sin riesgos vital**, el consentimiento se otorga por su representante legal o la persona que actúa como su apoderado en la relación con el equipo tratante y hospital.
- **Si se trata de un paciente en condición de Internación judicial** (aquella dispuesta por resolución de un Tribunal de Justicia), adulto, con facultades mentales conservadas es él quien debe proceder a recibir la información y firmar el consentimiento.
- **Pacientes analfabetos habilitados para consentir**, consignan su huella dactilar en el documento de consentimiento informado.
- **Representantes legales analfabetos** consignan su huella dactilar en el documento de consentimiento informado.
- **En casos de pacientes adultos interdictos**, es responsabilidad de su representante legal designado por un tribunal quien firmará el consentimiento.
- Para todos los casos anteriormente expuestos y si la persona esta inconsciente o requiere de una **cirugía en forma urgente para preservar su salud o su vida, éste se podrá realizar sin consentimiento previo.**
- **Si el paciente renuncia a recibir información** sobre su proceso y los procedimientos que se vayan a realizar, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia en la ficha clínica. Que el paciente renuncie a la entrega de la información no significa que no de su autorización para realizar una cirugía mayor, procedimiento de endoscopía o toma de exámenes imagenológicos, debido obtener de igual forma su consentimiento firmado para la realización de lo que corresponda.
- **Si el paciente se niega a dar su consentimiento** se respetará su voluntad y no deberá llevarse a cabo la actuación de salud. En este sentido la ley establece que todo paciente tiene derecho a negarse a la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, excepto en los casos de riesgo para la salud pública o de daño para terceras personas. Su negativa constará por escrito (Anexo 1-rechazo o revocación). En el caso de no autorizar una acción de salud, el paciente debe ser informado si existen otras alternativas existentes y ofrecerse debiendo quedar debidamente documentado.

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 12 de 17

- **Si el representante legal o los padres de un menor de edad se niegan a dar el consentimiento** se debe tener en cuenta que estos deben ejercer su representación a favor del paciente, y por lo tanto, para salvaguardar su salud. Debe quedar constancia en la ficha clínica del paciente las circunstancias por las que no se dio el consentimiento, a fin de que fuera preciso solicitar la pertinente autorización judicial previamente presentando el caso en Comité de Ética. Siempre que exista urgencia y riesgo vital, cuando los padres o representantes no actúan en beneficio del paciente, los profesionales deben asumir su defensa y llevar a cabo las actuaciones necesarias. Si no es un problema que requiere actuación inmediata, pero el problema de salud pone riesgo su vida, el caso
 - será presentado al Comité de Ética y es recomendable notificar al Ministerio Público para que asuma su representación y para obtener la correspondiente autorización judicial de la intervención quirúrgica.
 - **En situaciones de urgencia médica,** se podrá prescindir del consentimiento informado.

8. DISTRIBUCION

- Dirección General.
- Servicio de Cirugía.
- Servicios de Ginecología y Obstetricia
- Servicio de Pabellón y recuperación.
- Unidad de Endoscopía
- Unidad de Imagenología
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.

9. REGISTROS

- Ficha clínica.
- Formulario de consentimiento informado para Cirugía Mayor
- Formulario de consentimiento informado para Procedimientos endoscópicos
- Formulario de consentimiento informado para Imagenología
- Formulario de consentimiento informado de Imagenología para Embarazadas

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 13 de 17

10. CONTROL DE CAMBIOS

Corrección	Fecha	Descripción de la Modificación	Edición que se deja sin efecto
1	07/19	<ul style="list-style-type: none"> - Cambio de logo institucional - Cambio de personal de la oficina de calidad y seguridad del paciente. - Cambio de Director General - Se agrega procedimiento de Endoscopia - Se agrega punto 7.5: Consideraciones - Cambio en el formato de consentimiento informado y agrega consentimiento de procedimiento de endoscopia 	Primera
2	05/21	<ul style="list-style-type: none"> - Se agrega la Unidad de Imagenología al establecimiento, considerando las prestaciones que requieran medios de contraste al contenido del documento y definición de CMA. - Se agregan y ordenan responsables - Se agrega definición de Tecnólogo Médico - Se agrega formulario para Imagenología y para Imagenología en pacientes embarazadas. - Cambia n° de páginas de 13 a 16 	Segunda

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 14 de 17

11. ANEXOS

11.1 Anexo 1: Consentimiento informado para cirugía



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA

Cirugía a realizar: _____

Previo a mi intervención he recibido la siguiente información:

- 1.- La hipótesis diagnóstica consiste en: _____
- 2.- El procedimiento propuesto tiene riesgos asociados. Estos riesgos provienen tanto del acto quirúrgico mismo, como del procedimiento anestésico. Con el fin de minimizar estos riesgos, su Médico tratante ha realizado un estudio preoperatorio.
Pese a estas prevenciones, no se puede excluir del todo que producto de esta acción médica se produzcan complicaciones siendo los riesgos más frecuentes:
 - Infecciones de la herida operatoria.
 - Sangrado o hematoma postoperatorio.
 - Lesiones de órganos vecinos al órgano intervenido.
- 3.- De ocurrir alguna de estas complicaciones, se puede generar una hospitalización más prolongada, otros procedimientos, exámenes y tratamientos o ser derivado a un centro de mayor complejidad, todo ello determinado por el (los) profesional (es) tratante(s) o equipo médico, no considerado en la planificación inicial.
- 4.- En el caso específico de su intervención, el equipo puede decidir durante la intervención cambios en el plan original (por ejemplo, conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta) o realizar procedimientos diagnósticos adicionales (por ejemplo, Colangiografía intraoperatoria) u otros cambios:
 - _____
 - _____
- 5.- Por el presente instrumento declaro que se me ha informado y explicado la cirugía, sus objetivos, características y sus potenciales riesgos o complicaciones, habiéndose contestado todas mis dudas al respecto, en razón de la cual autorizo y consiento la realización del procedimiento quirúrgico descrito.

Fecha obtención del consentimiento: ____/____/____

Nombre, RUN y Firma Médico informante	Nombre, RUN y Firma Paciente	Nombre, RUN y Firma Representante del paciente

FORMULARIO DE RECHAZO O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA CIRUGÍA

YO, _____, RUN _____ de _____ años, por lo tanto mayor de edad, o bien en caso de ser procedente, YO, _____, RUN _____ de _____ años, mayor de edad, representante legal o persona a cuyo cuidado se encuentra el (la) paciente _____, en este acto, libre y espontáneamente y con pleno y total conocimiento de las consecuencias de mi decisión, las cuales me han sido informadas previamente por el médico tratante Dr. _____ **Rechazo/Revoco** el consentimiento informado otorgado con fecha _____, declarando expresamente que mi voluntad es que a contar de ésta se suspenda la cirugía que me había sido propuesta; la cual yo había aceptado en conformidad. Como consecuencia de lo anterior, libero expresamente de toda y cualquier responsabilidad al Hospital San Francisco de Pucón SpA. Rut: 76.415.694-2, a los médicos que han participado en la recomendación de esta cirugía, de cualquier daño o perjuicio que yo hubiere sufrido, o en su caso, el paciente _____; renunciando a cualquier acción que tuviere por finalidad reclamar estos eventuales daños o perjuicios por los hechos señalados precedentemente.

Nombre, RUN y firma del paciente o representante legal o persona a cuyo cuidado se encuentre el paciente.

Nombre, RUN y firma del médico tratante.

Fecha: ____/____/____

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 15 de 17

11.2 Anexo 2: Consentimiento Informado para Procedimiento Endoscópicos



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA UNIDAD DE ENDOSCOPIA

Procedimiento a realizar: _____

-Los procedimientos propuestos tienen riesgos asociados y requieren sedación endovenosa.

-El paciente y/o su representante legal declaran haber sido informados en que consiste el procedimiento, sus características, medidas para resguardar la seguridad de los procesos asistenciales y la existencia de riesgos asociados.

-Pese a estas prevenciones, no se puede excluir del todo que producto de esta acción médica se produzcan complicaciones, existiendo la posibilidad de presentar lo siguiente:

I. El médico que suscribe deja constancia de las posibles complicaciones para endoscopia digestiva alta:

- Arritmias cardíacas transitorias producto de la distensión abdominal.
- Daño menor a la mucosa del estómago o esófago pudiendo presentarse sangrado menor que se resuelve espontáneamente.
- Aspiración de contenido gástrico a la vía respiratoria la cual puede ocasionar una neumonía. Esto se evita respetando el tiempo de ayuno sugerido.
- Perforación o daño al estómago o esófago causado por el endoscopio.
- Agitación, sudoración y/o pérdida de conciencia producto de los efectos de la sedación.

II. El médico que suscribe deja constancia de las posibles complicaciones para endoscopia digestiva baja (colonoscopia):

- Perforación del colon (1/1000 procedimientos diagnósticos).
- Sangramiento post biopsia o polipectomía.
- Otras complicaciones más raras tales como rotura esplénica.
- Complicaciones relacionadas con la sedación.

-Por el presente instrumento declaro haber comprendido el procedimiento sus **objetivos, características y sus potenciales riesgos o complicaciones**, habiéndose contestado todas mis dudas al respecto, en razón de la cual autorizo libre e informadamente, consintiendo la realización del procedimiento descrito.

Fecha de obtención del consentimiento: Pucón ____ / ____ / ____

Nombre, RUN y Firma
Médico informante

Nombre, RUN y Firma
Paciente

Nombre, RUN y Firma
Representante del paciente



FORMULARIO DE RECHAZO O REVOCACION DE CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS

YO, _____, RUN _____ de _____ años, por lo tanto, mayor de edad, o bien en caso de ser procedente, YO, _____, RUN _____ de _____ años, mayor de edad, representante legal o persona a cuyo cuidado se encuentra el (la) paciente _____, en este acto, libre y espontáneamente y con pleno y total conocimiento de las consecuencias de mi decisión, las cuales me han sido informadas previamente por el médico Dr. _____, **Rechazo/Revoco** el consentimiento informado otorgado con fecha _____, declarando expresamente que mi voluntad es que a contar de esta se suspenda el procedimiento que me había sido propuesto; el cual yo había aceptado en conformidad. Como consecuencia de lo anterior, libero expresamente de toda y cualquier responsabilidad al Hospital San Francisco de Pucón SpA.

RUT: 76.415.694-2, a los médicos que han participado en la recomendación de este procedimiento, de cualquier daño o perjuicio que yo hubiere sufrido, o en su caso, el paciente _____; renunciando a cualquier acción que tuviere por finalidad reclamar estos eventuales daños o perjuicios por los hechos señalados precedentemente.

Nombre, RUN y firma del paciente o representante legal o persona a cuyo cuidado se encuentre el paciente.

Nombre, RUN y firma del tratante.

Fecha: Pucón ____ / ____ / ____

	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 16 de 17

11.3 Anexo 3: Consentimiento informado para Imagenología



Fecha: ___/___/___

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA IMAGENOLÓGIA

Procedimiento a realizar: _____

La tomografía computada o scanner, es un tipo de adquisición de imágenes médicas que utiliza radiación ionizante (Rayos X) para poder analizar de manera óptima todos los órganos que se requieran en determinado tipo de protocolo, dependiendo igualmente de la sospecha diagnóstica.

El procedimiento por realizar requiere la inyección de medio de contraste iodado endovenoso a través de una vía endovenosa para obtener una mejor resolución de arterias, venas, órganos específicos y lesiones ocultas.

En la mayoría de los casos, el medio de contraste no genera ninguna molestia. A veces, puede sentirse un sabor metálico en la boca, aumento de temperatura corporal y deseos de orinar, lo cual rápidamente se resuelve.

Las complicaciones, también poco frecuentes, pueden incluir:

- Extravasación de contraste: la vena puede romperse durante la inyección haciendo que el contraste se acumule fuera de ésta, se resuelve en 2 a 3 días.
- Reacciones leves como náuseas, vómitos, picor y/o urticaria, de necesitar medicación, fácilmente se corrigen.
- Reacciones graves como: dificultad respiratoria, alteración circulatoria, pérdida de conciencia y convulsiones. La frecuencia de estas reacciones es de 4/10.000 pacientes y necesitan tratamiento médico

declaro que fui informado por el personal de salud del procedimiento a realizar, sus características, los objetivos, los beneficios y posibles riesgos que puede tener para mi salud, dándome el espacio además para poder resolver todas las dudas e inquietudes que se me presentaron.

Me explicaron que puedo revocar mi decisión en cualquier momento si así lo estimo conveniente, haciéndome responsable de esta decisión.

Nombre, RUT y firma del paciente o tutor

Nombre, RUT y firma o timbre Tecnólogo Médico



Fecha: ___/___/___

FORMULARIO DE RECHAZO O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMAGENOLÓGIA

Yo, _____, RUN, _____, de _____ años, por lo tanto mayor de edad o menor en caso de ser procedente, Yo _____ RUT _____ de _____ años, mayor de edad, representante legal o persona a cuyo cuidado se encuentra el/la paciente _____, en este acto, libre y espontáneamente y con pleno y total conocimiento de las consecuencias de mi decisión, las cuales me han sido informadas previamente por el médico Dr. _____

rechazo/revoco el consentimiento informado otorgado con fecha ___/___/___, declarando expresamente que mi voluntad es que a contar de esta se suspenda el procedimiento que me había sido propuesto, el cual yo había aceptado en conformidad. Como consecuencia de lo anterior, libero expresamente de toda y cualquier responsabilidad al Hospital San Francisco de Pucón SpA.

UT: 76.415.694-2, a los médicos que han participado en la recomendación de este procedimiento, de cualquier daño o perjuicio que yo hubiere sufrido, o en su caso, el paciente _____ renunciando a cualquier acción que tuviere por naturaleza reclamar estos eventuales daños o perjuicios por los hechos señalados precedentemente.

Nombre, RUN y firma del paciente o representante legal o persona a cuyo cuidado se encuentre el paciente.

Nombre RUN y firma del Profesional

 <p>HOSPITAL CLÍNICO SAN FRANCISCO · PUCÓN</p>	<p>PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</p>	Código: DP 2.1
		Edición: Tercera
		Fecha elaboración: Mayo 2021
		Vigencia: Mayo 2026
		Página 17 de 17

Anexo 4: Consentimiento Informado para imagenología en pacientes embarazadas.



Fecha: __/__/__

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMAGENOLOGÍA EN PACIENTE EMBARAZADA

El médico y los profesionales responsables del examen me han explicado el procedimiento y su propósito, las ventajas, complicaciones, posibles alternativas y riesgos. He comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y ampliar la información recibida. Me informaron que tengo la libertad de rechazar el procedimiento y de reconsiderar en cualquier momento, sin que ello altere la relación con el equipo que me atiende.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para que me sea realizado el siguiente procedimiento:

.....

Firma Paciente

- Nombre: _____
- Rut: _____
- Fecha: _____

En caso de compromiso de conciencia del paciente o dificultad de entendimiento debe firmar un representante del paciente.

Representante del paciente

Nombre _____ ACEPTO _____

Rut _____

Firma _____



Fecha: __/__/__

FORMULARIO DE RECHAZO O REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE IMAGENOLOGÍA

Yo, _____, RUN, _____, de _____ años, por lo tanto mayor de edad o bien en caso de ser procedente, Yo _____ RUT _____ de _____ años, mayor de edad, representante legal o persona a cuyo cuidado se encuentra el/la paciente _____, en este acto, libre y espontáneamente y con pleno y total conocimiento de las consecuencias de mi decisión, las cuales me han sido informadas previamente por el médico Dr. _____

Rechazo/revoco el consentimiento informado otorgado con fecha __/__/__, declarando expresamente que mi voluntad es que a contar de esta se suspenda el procedimiento que me había sido propuesto, el cual yo había aceptado en conformidad. Como consecuencia de lo anterior, libero expresamente de toda y cualquier responsabilidad al Hospital San Francisco de Pucón SpA.

RUT: 76.415.694-2, a los médicos que han participado en la recomendación de este procedimiento, de cualquier daño o perjuicio que yo hubiere sufrido, o en su caso, el paciente _____ renunciando a cualquier acción que tuviere por finalidad reclamar estos eventuales daños o perjuicios por los hechos señalados precedentemente.

Nombre, RUN y firma del paciente o representante legal o persona a cuyo cuidado se encuentre el paciente.

Nombre RUN y firma del Profesional