



Nombre:

Edad:

Rut:

N° Ficha:

Medico Tratante:

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar (.....), de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes, a los médicos que me atienden.

Tras todo ello, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPERADO**, así como para que, durante la intervención, el cirujano tome las muestras de tejido y/o cultivos que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

En el caso de que, durante la intervención, el cirujano encuentre aspectos de mi enfermedad que le exijan o le aconsejen modificar el procedimiento inicialmente proyectado, podrá hacerlo de la manera que mejor convenga a mi salud, advirtiéndoselo a mi familia o, en su ausencia, tomando la decisión por él mismo. Conozco, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

Firma del paciente

Firma del médico

C.I. N°

C.I. N°



Así informado de mi situación y libremente **NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER OPE-
RADO/A** y asumo las consecuencias de mi decisión.

Firma del paciente

Firma del médico

CI N°
Representante o familiar

CI N°

D./D.^a RUN

Y en calidad de , es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Firma del representante o familiar

Por la presente, **REVOCO** cualquier autorización otorgada en el presente documento, que queda sin efecto, a partir de la fecha del presente documento que suscribo.

Me han sido explicadas las repercusiones **O CONSECUENCIAS** que, sobre la evolución de mi proceso, esta revocación pudiera derivar y, las entiendo y asumo.

Firma del paciente o representante legal

Fecha: _____