

**HERMANAS MISIONERAS
FRANCISCANAS DE PURULÓN**
HOSPITAL SAN FRANCISCO
R.U.T. 65.305.530-7
E-Mail: direccion@hospitalpucon.cl
Uruguay N° 325 – Fono: 45-2290400
Fax: 45-2290405 - Casilla 5-D
PUCÓN

RESOLUCIÓN EXENTA N° 30

PUCÓN, 10 de octubre de 2017

VISTOS Estos antecedentes:

- Norma Técnica N° 154 sobre Programa Nacional de Calidad y Seguridad en la Atención en Salud.
- Manual de Acreditación de Prestadores de Atención Cerrada decreto ex N° 18/2009 y modificado decreto ex N° 159/2010
- Ley 20.584/2012

CONSIDERANDO:

- Que el Hospital San Francisco de Pucón requiere aprobar mediante resolución exenta de la Dirección del Hospital documento: "Protocolo de Consentimiento Informado", Primera Edición, octubre de 2017.

TENIENDO PRESENTE:

Documento no Controlado

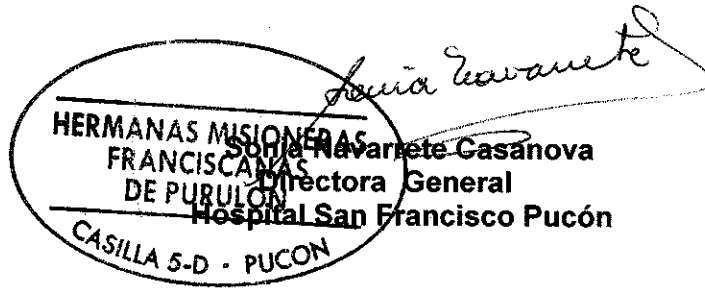
1. Las atribuciones que le confieren la Estructura Orgánica del Hospital San Francisco de Pucón, dada su calidad de Representante Legal de dicha Institución, mandatada por la Presidenta Regional de las "**Hermanas Misioneras Franciscanas de Purulón**" Rut. 65.305.530-7, persona jurídica de derecho público amparada en el Artículo 542 inciso 2 del Código Civil, sin fines de lucro, de carácter benéfico y humanitario según lo establece el Notario Eclesiástico de la Diócesis de Villarrica **Administradora del Hospital San Francisco de Pucón**;
2. Lo señalado en el Código del Trabajo Art. 4° inciso primero;
3. Lo dispuesto en Res. Exta. N° 268 del 14-02-2005 que autoriza el funcionamiento del Hospital San Francisco de Pucón;
4. Ley N° 19.996 sobre Garantías explícitas en Salud, la aplicación de normas de carácter técnico según lo señala el Decreto N° 34 del 08-06.2009 y la necesidad de realizar el proceso tendiente a cumplir los estándares de acreditación y luego entregar prestaciones de salud cumpliendo con las garantías de calidad exigidas;
5. El Convenio de atención médica con el SSAS según normas del DL.36/80, de fecha 24 de Enero de 2017, vigente, autorizado por Resolución N° 0020 del 01 de marzo de 2017, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

- 1.- **APRUÉBESE** documento: "**Protocolo de Consentimiento Informado**", Primera Edición, octubre de 2017, del Hospital San Francisco de Pucón.

2.- **NOTIFÍQUESE** la presente Resolución a Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, a Servicio de Pabellón, a los Servicios de Hospitalización, a SOME, y equipos Médicos que participen en la atención de pacientes quirúrgicos del Hospital San Francisco de Pucón, remitiéndole copia íntegra de la misma y del referido documento.


ANOTESE Y COMUNIQUESE



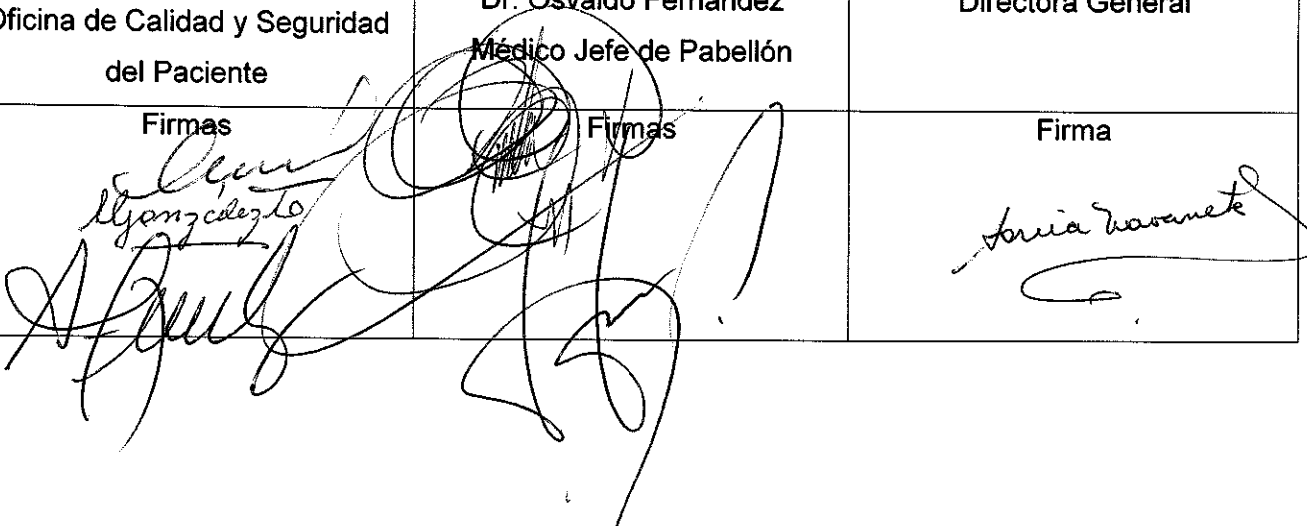
Distribución:

- Dirección del establecimiento
- Dirección Médica
- Subdirección Administrativa
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente
- Servicios Clínicos
- Servicio de Pabellón


Documento no Controlado

	Hospital San Francisco Pucón	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
			Edición: Primera
			Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 1 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO


Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
E.U. Liliana Carrasco E.U. Lilian González E.U. Antonieta Guzmán Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente	Dr. Bernardo López Director Médico Dr. Osvaldo Fernández Médico Jefe de Pabellón	Hna. Sonia Navarrete Directora General
Firmas	Firmas	Firma
		

**Oficina de Calidad
y Seguridad**
 Hospital San Francisco Pucón

	Hospital San Francisco Pucón	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
			Edición: Primera
			Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 2 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

INDICE

	Página
1.- Introducción	03
2.- Objetivos	03
3.- Alcance	04
4.- Responsables	04
4.1 Responsables de la ejecución	04
4.2 Responsables de la supervisión	04
5.- Documentos de referencia	04
6.- Definiciones	05
7.- Desarrollo	05
7.1 Características de la información	05
7.2 Casos en que se debe requerir el consentimiento informado	06
7.3 Características del consentimiento informado escrito	06
7.4 Procedimiento de obtención del consentimiento informado	06
7.5 Aspectos normativos relevantes	08
8.- Distribución	09
9.- Registros	09
10.- Indicador / Evaluación	10
11.- Control de cambios	11
12.- Anexos	12
12.1 Anexo 1: Formulario consentimiento informado para cirugía	12
12.2 Anexo 2: Formulario de rechazo	13
12.3 Anexo 3: Formulario de revocación	14
12.4 Anexo 4: Pauta de cotejo de consentimiento informado	15

	Hospital San Francisco Pucón	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
			Edición: Primera
			Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 3 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

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 respetando los derechos de las personas, especialmente el derecho a la información como lo dicta el marco legal vigente (ley 20.584)

2. OBJETIVOS:


2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Establecer y 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 en el Hospital San Francisco de Pucón.

Documento no Controlado

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Entregar la información necesaria para que el paciente decida sobre la conveniencia de someterse a la cirugía mayor (en adelante cirugía) indicada por el médico tratante.
- Indicar en forma clara y breve los objetivos de la cirugía a la cual debe ser sometido.
- Informar sobre los beneficios reales o potenciales que obtendrá el paciente al someterse a la cirugía indicada.
- Informar sobre los efectos indeseados, posibles riesgos y complicaciones que puedan presentarse en cuanto a su magnitud y probabilidad.
- Permitir que con su firma, el paciente declare que su participación es libre, voluntaria y esclarecida y que acepta los riesgos inherentes a la cirugía o en su defecto que lo rechaza o revoca.

	Hospital	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
	San Francisco		Edición: Primera
	Pucón		Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 4 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

3. ALCANCE:

- A todos los pacientes que se les realizarán cirugías mayores en el Hospital San Francisco de Pucón.
- Profesionales de la salud que participen en la atención del paciente que será sometido a cirugías mayores.
- Unidad de Archivo de Fichas Clínicas

4. RESPONSABLES:

4.1 DE LA EJECUCIÓN (OBTENCIÓN Y APLICACIÓN):

- EL médico que realizará la cirugía será el responsable de entregar la información y obtención de la firma del documento. En su ausencia puede ser quien lo reemplace de parte de la institución que posea las mismas facultades.

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
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

5. DOCUMENTOS DE REFERENCIA:

Para la elaboración de este documento se utilizó como 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 requerimientos del Proceso de Acreditación en Salud. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente 2008 – 2010.
- Ley 20.584, que regula derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

Documento no Controlado

	Hospital	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
	San Francisco		Edición: Primera
	Pucón		Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 5 de 15
			Vigencia: Octubre 2022


6. DEFINICIONES:

- **Consentimiento informado:** es la conformidad libre, voluntaria y consciente 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.
- **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 una cirugía sin que exista presión o manipulación de terceros.
- **Comprensión:** es la capacidad del paciente para entender la información que recibe.

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.
- **Quien debe entregar la información:** debe ser el médico que realizará la cirugía o en su defecto quien lo reemplace de parte de la institución que posea las mismas facultades.
- **A quien se debe entregar la información:** el paciente es quien debe recibir la información, salvo que haya 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.

	Hospital	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
	San Francisco		Edición: Primera
	Pucón		Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 6 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

7.2 CASOS EN QUE SE DEBE REQUERIR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

En el Hospital San Francisco de Pucón se requerirá consentimiento informado en aquellos pacientes que serán sometidos a cirugía mayor.


7.3 CARACTERISTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO:

- El consentimiento informado deberá aplicarse a todo paciente al cual se le indique una cirugía mayor.
- El documento debe incluir como mínimo la siguiente información:
 - Procedimiento a realizar: tipo de cirugía.
 - Firma del paciente o de su representante legal, que expresen que recibieron de parte del médico, información sobre los objetivos, características y potenciales riesgos de la cirugía.
 - Debe registrar nombre (al menos 1 nombre y 1 apellido), firma y RUN del paciente (y del representante legal si corresponde) y del profesional responsable de la cirugía y la fecha de la obtención del consentimiento.


Documento no Controlado

7.4 PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:

- La obtención del Consentimiento Informado (Anexo 1) se inicia con la decisión médica para efectuar la cirugía.
- La indicación de cirugía entregada por el médico tratante o interconsultor queda en la ficha clínica del paciente.
- Posterior a este acto y siempre previo a la cirugía, el médico informa al paciente, familiares, si los hubiera, o representante legal de lo siguiente: **hipótesis diagnóstica, objetivos de la cirugía, sus características, potenciales riesgos y las consecuencias para el paciente en el caso de no realizarlo.**
- 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.

	Hospital	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
	San Francisco		Edición: Primera
	Pucón		Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 7 de 15
			Vigencia: Octubre 2022


- 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 a la que será sometido.
- El médico, responde dudas que los involucrados expresen y se asegura que la información ha sido comprendida.
- **El médico y paciente, llenarán todos los campos del documento, registrando al menos:**
 - Nombre, RUN y firma del profesional responsable del procedimiento (al menos 1 nombre y 1 apellido o en su defecto el timbre del profesional).
 - Nombre, RUN y firma del paciente o representante legal (al menos 1 nombre y 1 apellido)
 - Fecha de obtención del consentimiento.
- Se cautela que el consentimiento informado sea obtenido previo a la cirugía. Cuando el documento no se encuentre firmado el paciente no podrá someterse a la cirugía indicada sin que se cumpla este requisito.
- **No se deben hacer uso de abreviaturas en el consentimiento informado.**
- El Consentimiento Informado firmado forma parte de la ficha clínica del paciente. Se firma cada vez que el paciente es sometido a cirugías 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.
- **Rechazo de la cirugía (anexo 2):** si el paciente no acepta la cirugía, 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.
- **Revocación del consentimiento (anexo 3):** Si el paciente o representante legal habiendo consentido la cirugía 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 solicita la presencia de otro profesional (por ejemplo: enfermera / matrona Jefe de Turno), quién actuará como ministro de fe de la

	Hospital	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
	San Francisco		Edición: Primera
	Pucón		Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 8 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

situación consignado ambos sus firmas en la ficha clínica única del paciente tras describir el caso.

7.5 ASPECTOS NORMATIVOS RELEVANTES:

- **Pacientes con enfermedades mentales**, con dificultad de entendimiento se procederá según el Decreto Supremo N° 570 de 1998 del MINSAL., subtítulo 1 del consentimiento para tratamientos.
- **Pacientes menores de edad y pacientes con alteración de conciencia sin riesgo 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 quién 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 quién 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, debiendo obtener de igual forma su consentimiento firmado para la realización de lo que corresponda.
- **Si el paciente se niega a dar el 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 2). En el caso de no autorizar una acción de salud, el paciente

	Hospital	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
	San Francisco		Edición: Primera
	Pucón		Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 9 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

debe ser informado si existen otras alternativas existentes y ofrecerse debiendo quedar debidamente documentado.

- **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 actúen en beneficio del paciente, los profesionales deben asumir su defensa y llevar a cabo las actuaciones necesarias. Si no es un problema que requiera actuación inmediata, pero el problema de salud pone en 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:


Este protocolo se encontrará disponible en:

- Dirección General
- Servicio de Cirugía
- Servicio de Pabellón
- Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

9. REGISTROS:


- Ficha clínica
- Formulario de Consentimiento Informado

Documento no Controlado

	Hospital San Francisco Pucón	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
			Edición: Primera
			Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 10 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

10. INDICADOR / EVALUACIÓN: FICHA DEL INDICADOR

Definición del Indicador	% de pacientes operados de la muestra con consentimiento informado firmado para cirugía
Tipo de Indicador	Resultado
Dimensión	Seguridad
Formula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes operados de la muestra con consentimiento informado firmado para cirugía en el periodo}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes operados de la muestra en el mismo periodo}} \times 100$
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión de Consentimiento Informado en fichas clínicas ➤ Se utiliza la información del total de cirugías (por tipo: cirugía general, cirugía plástica y reparadora y cirugía vascular periférica), realizadas en el trimestre. ➤ Se obtiene una muestra representativa a través de la calculadora muestral de la SIS considerando un umbral de cumplimiento del 90% y un IC del 0.05 ➤ Luego se aleatoriza el registro base de fichas de pacientes sometidos a por tipo de cirugía en el trimestre y se extrae el tamaño de muestra obtenido anteriormente. ➤ Se realiza revisión de la muestra de fichas y los datos se traspasan a pauta de cotejo de consentimiento informado, donde se consolida la información y se sacan los % de cumplimiento. ➤ Esta información se traspasa a planilla de consolidación de resultado de indicadores del Hospital
Estándar o Umbral	≥ 90%
Fuente de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Ficha Clínica • Formulario de Consentimiento Informado.
Criterios	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los pacientes sometidos a cirugía mayor, excepto pacientes de urgencia, con riesgo vital.


 Hospital San Francisco Pucón	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
		Edición: Primera
		Fecha elaboración: Octubre 2017
		Página 11 de 15 Vigencia: Octubre 2022

	<ul style="list-style-type: none"> • Consentimiento Informado válido es aquel que tenga los contenidos supervisados en la Pauta de Cotejo. • Las cirugías realizadas en pabellón se diferenciarán por categoría de paciente en cirugía general, cirugía plástica y reparadora y cirugía vascular periférica.
Periodicidad	Evaluación trimestral Informe trimestral
Responsable	Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente

11. CONTROL DE CAMBIOS

Corrección N°	Fecha	Descripción de la Modificación	Edición que se deja sin efecto

Documento no Controlado

	Hospital	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
	San Francisco		Edición: Primera
	Pucón		Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 12 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

12. ANEXOS:

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA

PARA: _____

La información recibida se ha referido a los siguientes puntos:

La hipótesis diagnóstica consistente en: _____

1. Los objetivos, características así como los riesgos más frecuentes y más graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando entre ellos los siguientes:

- Infecciones de la herida operatoria
- Sangrado o hematoma postoperatorio
- Colangiografía intraoperatoria o posterior a la cirugía (tachar en caso de no proceder)
- _____
- _____

2. La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente hospitalización más prolongada, como así mismo otros procedimientos, exámenes, 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.

3. 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 lo cual autorizo y consiento la realización del procedimiento quirúrgico descrito.

Fecha: ____/____/____

Nombre del paciente: _____

RUN: _____ Firma: _____


Nombre del representante legal: _____

RUN: _____ Firma: _____

Nombre del profesional Informante: _____

RUN: _____ Firma: _____

Documento no Controlado

	Hospital San Francisco Pucón	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
			Edición: Primera
			Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 13 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

Anexo 2 (cara posterior)

FORMULARIO DE RECHAZO PARA REALIZACIÓN DE 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 la realización de la cirugía _____ recomendada. Como consecuencia de lo anterior, libero expresamente de toda y cualquier responsabilidad al Hospital San Francisco de Pucón, RUT: 65.305.530-7, 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.

~~Documento no Controlado~~

NOMBRE, RUN Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTATE LEGAL O PERSONA A CUYO CUIDADO SE ENCUENTRA EL PACIENTE

 NOMBRE, RUN Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Fecha: _____

	Hospital	PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
	San Francisco		Edición: Primera
	Pucón		Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 14 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

Anexo 3

FORMULARIO DE 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. _____


Revoco el consentimiento informado otorgado con fecha _____, declarando expresamente que mi voluntad es que a contar de esta fecha se suspenda la cirugía que me había sido propuesta y 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, RUT: 65.305.530-7, a los médicos que han participado en la indicación 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.

Documento no Controlado

NOMBRE, RUN Y FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTATE LEGAL O PERSONA A CUYO
CUIDADO SE ENCUENTRA EL PACIENTE

NOMBRE, RUN Y FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE

Fecha: _____

	Hospital	PROCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Código: DP 2.1
	San Francisco		Edición: Primera
	Pucón		Fecha elaboración: Octubre 2017
			Página 15 de 15
			Vigencia: Octubre 2022

Anexo 4

PAUTA DE COTEJO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Revisión en Fichas Clínicas

Nombre evaluador _____

Fecha de evaluación: _____

Trimestre evaluado: _____

N°	RUT del Paciente	N° Ficha	PACIENTE			MEDICO			Fecha de obtención	Cumple SI/NO
			Nombre (al menos 1 nombre y 1 apellido)	RUN	Firma	Nombre (al menos 1 nombre y 1 apellido)	RUN	Firma		

Cumple: ✓
No cumple: X

Documento no Controlado