

 Ministerio de Salud Pública	PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONCENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL BASICO DEL CANTON PICHINCHA	CODIGO: 00	PROCESO: 00
		FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
		N.- de resolución:	Pag :

PROTOCOLO DE DE ACTUACION EN CONCENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL BASICO DEL CANTON PICHINCHA

1. INTRODUCCION

En la Constitución de la República garantiza que los derechos del ser humano son inalienables, y se ratifica dentro de la ley 77 de Amparo al Paciente en donde expresa:

Art. 5.- Derecho a la información.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

El paciente tiene derecho a que el servicio de salud le informe quién es el médico responsable de su tratamiento.

Art. 6.- Derecho a decidir.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el servicio de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

Por parte del Órgano Rector en Salud se da directrices claras frente al cumplimiento de esta actuación; a través, del **consentimiento informado** está basado en el principio de autonomía es decir, el derecho del paciente a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones.

El Hospital Basico del Canton Pichincha debe cumplir con esta normativa, es por ello que se presenta este documento que será la guía del cumplimiento de la normativa.

2. OBJETIVO

Disponer de un documento legal, suscrito libre y voluntariamente por el paciente o su representante, en el que se autoriza al profesional responsable la realización de un plan de tratamiento clínico, procedimiento diagnóstico o intervención quirúrgica, luego de recibir una información comprensible y suficiente.

3. ALCANCE

Desde que el médico tratante informa sobre el tratamiento planificado para la patología del paciente.



 Ministerio de Salud Pública	PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONCENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL BASICO DEL CANTON PICHINCHA	CODIGO: 00	PROCESO: 00
		FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
		N.- de resolución:	Pag :

4. RESPONSABLES

Médicos tratantes

5. DEFINICIONES

Consentimiento informado.- s el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente.

ACTUACION

1	Enfermeras/Auxiliares de enfermería	Mantienen los formularios (024/2008) al alcance de los médicos tratantes
2	Medico Responsable de la primera atención	Informara al paciente sobre procedimientos clínicos/quirúrgicos propuestos y necesarios para el tratamiento y hará firmar en el formulario 024 anverso (autorización, exoneración y retiro) en el numeral 1
2	Medico Tratante	Informara :propósitos, terapia programada, resultados esperados y riesgos clínicos y registrara :nombres completos, especialidad, teléfono, código y firma



 Ministerio de Salud Pública	PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL BASICO DEL CANTON PICHINCHA	CODIGO: 00	PROCESO: 00
		FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
		N.- de resolución:	Pag :

3	Cirujano	informara: propósitos, terapia programada, resultados esperados y riesgos quirúrgicos y registrara :nombres completos, especialidad, teléfono, código y firma
4	Anestesiólogo	informara: propósitos, terapia programada, resultados esperados y riesgos anestésicos registrara :nombres completos, especialidad, teléfono, código y firma
5	Paciente/Representante legal.	El médico tratante luego de la información brindada hará firmar en el numeral 4 literales de la a al i del formulario consentimiento informado (024/2008) y si es menor de edad firmara en el numeral 4.
6	No se requerirá el consentimiento informado del paciente en los siguientes casos excepcionales:	Situación de urgencia · Emergencia sanitaria · Incompetencia o incapacidad del paciente · Ausencia del representante legal

6.DISTRIBUCION

Este protocolo debe permanecer en:

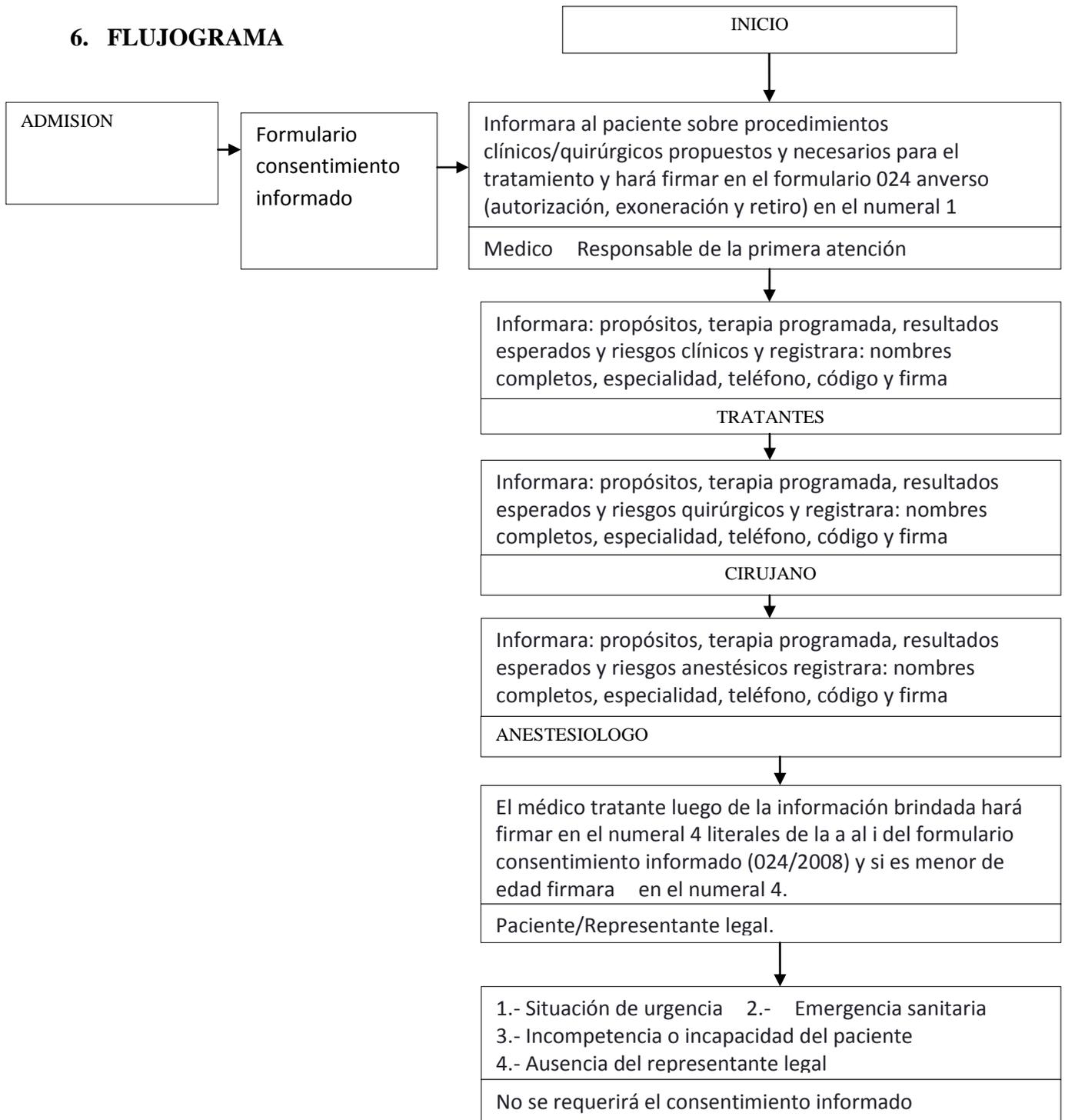
- Gerencia
- Dirección Asistencial
- Gestión de calidad



 Ministerio de Salud Pública	PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONCENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL BASICO DEL CANTON PICHINCHA	CODIGO: 00	PROCESO: 00
		FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
		N.- de resolución:	Pag :

- Consulta externa
- Emergencias
- Hospitalización

6. FLUJOGRAMA



 Ministerio de Salud Pública	PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL BASICO DEL CANTON PICHINCHA	CODIGO: 00	PROCESO: 00
		FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
		N.- de resolución:	Pag :



FIN

7. Indicador y Umbral de Cumplimiento

Numero de consentimiento informado registrado correctamente/ total de consentimientos informados.

N.- de médicos tratantes que registran correctamente el formato/total de tratantes

7. Monitoreo Cumplimiento Protocolo de Identificación de Paciente

Indicador	Cumplimiento del llenado del consentimiento informado. Médicos Tratantes que registran correctamente el formato/total de tratantes
Fórmula	Numero de consentimiento informado registrado correctamente/ total de consentimientos informados. N.- de médicos tratantes que registran correctamente el formato/total de tratantes
Muestra	5 semanal
Estándar	100%
Requisitos de Calidad	Letra clara ,legible , sin tachones/borrones
Justificación	Todos los médicos tratantes aplican los derechos de los pacientes.
Periodicidad	semanal
Fuente de Información	HOJA DE REGISTRO
Responsable	Ejecución.- Médicos tratantes.
	Monitoreo.- Gestión de Calidad, Comité de Seguridad al paciente.



 Ministerio de Salud Pública	PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONCENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL BASICO DEL CANTON PICHINCHA	CODIGO: 00	PROCESO: 00
		FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
		N.- de resolución:	Pag :

HOJA DE REGISTROS

N.-	PARAMETRO	SI	NO
1	El Tratante Informa: propósitos, terapia programada, resultados esperados y riesgos clínicos y registrara: nombres completos, especialidad, teléfono, código y firma		
2	El cirujano Informa: propósitos, terapia programada, resultados esperados y riesgos quirúrgicos y registrara: nombres completos, especialidad, teléfono, código y firma		
3	El anestesiólogo : informa: propósitos, terapia programada, resultados esperados y riesgos anestésicos registrara: nombres completos, especialidad, teléfono, código y firma		
4	El médico tratante luego de la información brindada hará firmar en el numeral 4 literales de la a al i del formulario consentimiento informado (024/2008) y si es menor de edad firmara en el numeral 4.		

Para que el criterio este cumplido se necesita los cuatro criterios.

8. BIBLIOGRAFIA

- [es.wikipedia.org/wiki/Consentimiento informado](http://es.wikipedia.org/wiki/Consentimiento_informado)
- **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR HISTORIA CLINICA UNICA, Manual** de Uso de los Formularios Básicos, ACUERDO MINISTERIAL No 000138 DEL 14 MARZO 2008.
- (Ley No. 77) **CONGRESO NACIONAL** Ley de Derecho y Amparo al paciente.
- 10.- **ANEXO**

FORMULARIO 024 – AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO

INFORMADO

Objetivo



 Ministerio de Salud Pública	PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONCENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL BASICO DEL CANTON PICHINCHA	CODIGO: 00	PROCESO: 00
		FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
		N.- de resolución:	Pag :

Disponer de un documento legal, suscrito libre y voluntariamente por el paciente o su representante, en el que se autoriza al profesional responsable la realización de un plan de tratamiento clínico, procedimiento diagnóstico o intervención quirúrgica, luego de recibir una información comprensible y suficiente

Nº	TÍTULOS	SUB TÍTULOS	INSTRUCCIONES DE LLENADO
----	---------	-------------	--------------------------

ANVERSO: AUTORIZACIONES, EXONERACIONES Y RETIRO				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE	CAMA	FECHA	SERVICIO	SALA
1	AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
2	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
3	EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
4	RETIRO DE MENOR O PERSONA INCAPACITADA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
5	AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
6	AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA		ESCRIBIR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL PACIENTE, REPRESENTANTE LEGAL, TESTIGO Y MÉDICO RESPONSABLE	
REVERSO: CONSENTIMIENTO INFORMADO				
INSTITUCIÓN Y UNIDAD OPERATIVA		CÓDIGO Y LOCALIZACIÓN		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA
NOMBRE	CAMA	FECHA	SERVICIO	SALA





**PROTOCOLO DE
ACTUACION EN
CONCENTIMIENTO
INFORMADO EN EL
HOSPITAL BASICO DEL
CANTON PICHINCHA**

CODIGO: 00	PROCESO: 00
FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
N.- de resolución:	Pag :

1	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL MÉDICO TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS CLÍNICOS	<p>REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS</p> <p>RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON EL TRATAMIENTO</p> <p>TERAPIA: INTERVENCIONES ESPECÍFICAS</p> <p>RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO</p>
2	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS QUIRÚRGICOS	<p>REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS</p> <p>RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON LA CIRUGÍA</p> <p>TERAPIA: INTERVENCIONES ESPECÍFICAS</p> <p>RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON LA CIRUGÍA</p>
3	INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA	PROPÓSITOS, TERAPIA PROGRAMADA, RESULTADOS ESPERADOS Y RIESGOS ANESTÉSICOS	<p>REGISTRAR CON CLARIDAD LOS DATOS DE LOS SUBTÍTULOS Y LEERLOS AL PACIENTE O AL REPRESENTANTE LEGAL</p> <p>PROPÓSITO: INTENCIONES PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMAS</p> <p>RESULTADOS ESPERADO: CAMBIOS DESEADOS CON LA ANESTESIA</p> <p>TERAPIA: TIPO ESPECÍFICO DE ANESTESIA</p> <p>RIESGOS: EVENTOS RELACIONADOS CON LA ANESTESIA</p>
4	CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	PROPÓSITOS DEL PLAN ACTIVIDADES DEL TRATAMIENTO CONSENTIMIENTO DE CIRUGÍA CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA GARANTÍA DE CALIDAD BENEFICIOS Y RIESGOS GARANTÍA DE CONFIDENCIALIDAD DERECHO DE ANULACIÓN DECLARACIÓN DE VERACIDAD	<p>REGISTRAR LA FIRMA DEL PACIENTE</p>
5	CONSENTIMIENTO INFORMADO POR EL REPRESENTANTE LEGAL		REGISTRAR EL NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO, CÉDULA DE IDENTIDAD Y FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL



	PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL HOSPITAL BASICO DEL CANTON PICHINCHA	CODIGO: 00	PROCESO: 00
		FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
		N.- de resolución:	Pag :

Notas al 024

- a. El texto informativo para el consentimiento informado deberá ser leído y comprendido por el paciente después de la correspondiente información presencial y verbal del profesional responsable, enfatizando los riesgos, efectos indeseables y beneficios del plan de tratamiento propuesto, a corto, mediano y largo plazo.
- b. No se requerirá el consentimiento informado del paciente en los siguientes casos excepcionales:
 - Situación de urgencia
 - Emergencia sanitaria
 - Incompetencia o incapacidad del paciente
 - Ausencia del representante legal
- c. El consentimiento informado de pacientes niños y adolescentes, será decidido por sus representantes legales.





**PROTOCOLO DE
ACTUACION EN
CONCENTIMIENTO
INFORMADO EN EL
HOSPITAL BASICO DEL
CANTON PICHINCHA**

CODIGO: 00

PROCESO: 00

FECHA DE REV:
2014

VERSION: 1ra.

N.- de
resolución:

Pag :

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

1 AUTORIZACIÓN PARA CIRUGÍA, TRATAMIENTO CLÍNICO O PROCEDIMIENTO DIAGNÓSTICO

AUTORIZO AL PROFESIONAL TRATANTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD PARA REALIZAR LAS OPERACIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS CLÍNICOS PROPUESTOS Y NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

2 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABORTO

DECLARO QUE NINGÚN PROFESIONAL O FUNCIONARIO DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD HA REALIZADO PROCEDIMIENTOS PARA PROVOCAR ESTE ABORTO Y QUE INGRESO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE PARA RECIBIR EL TRATAMIENTO NECESARIO PARA MI ENFERMEDAD

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL O TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR ABANDONO DE HOSPITAL SIN AUTORIZACIÓN MÉDICA

DECLARO QUE ME RETIRO VOLUNTARIAMENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y EXONERO AL PROFESIONAL TRATANTE Y AL PERSONAL ADMINISTRATIVO POR LOS RIESGOS A LA SALUD, QUE ME HAN ADVERTIDO CLARAMENTE

NOMBRE DEL PACIENTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

4 RETIRO DE MENOR DE EDAD O PERSONA INCAPACITADA

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD, BAJO MI RESPONSABILIDAD DEBIDAMENTE CERTIFICADA, CON LA AUTORIZACIÓN MÉDICA CORRESPONDIENTE

DECLARO QUE RETIRO AL PACIENTE DE ESTE ESTABLECIMIENTO, BAJO MI RESPONSABILIDAD Y SIN LA AUTORIZACIÓN DEL PROFESIONAL TRATANTE HE SIDO ADVERTIDO DE LAS CONSECUENCIAS DE ESTE ACTO NO AUTORIZADO Y ASUMO TODA LA RESPONSABILIDAD POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL MEDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

5 AUTORIZACIÓN DE EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS PARA DONACIÓN Y/O TRASPLANTE

AUTORIZO AL PERSONAL DE SALUD DE ESTE ESTABLECIMIENTO PARA QUE EN VIDA SE ME EXTRAIGA EL O LOS ÓRGANOS CONVENIDOS, DONADOS PARA EL TRASPLANTE EN EL RECEPTOR SEÑALADO

AUTORIZO PARA QUE, UNA VEZ TRANSCURRIDAS 48 HORAS DE MI MUERTE CEREBRAL, MIS ÓRGANOS SEAN EXTRAÍDOS PARA TRASPLANTE

ÓRGANOS DONADOS	NOMBRE DE LOS RECEPTORES

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

MARCAR "X" EN LA CELDA QUE CORRESPONDA

6 AUTORIZACIÓN PARA NECROPSIA

AUTORIZO AL MÉDICO AUTORIZADO DE ESTE HOSPITAL PARA QUE PRACTIQUE LA NECROPSIA AL CADÁVER DEL FALLECIDO

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL TESTIGO	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

NOMBRE DEL MEDICO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA





**PROTOCOLO DE
ACTUACION EN
CONCENTIMIENTO
INFORMADO EN EL
HOSPITAL BASICO DEL
CANTON PICHINCHA**

CODIGO: 00	PROCESO: 00
FECHA DE REV: 2014	VERSION: 1ra.
N.- de resolución:	Pag :

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNIDAD OPERATIVA	COD. UO	COD. LOCALIZACIÓN			NUMERO DE HISTORIA CLÍNICA
			PARROQUIA	CANTÓN	PROVINCIA	

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	SERVICIO	SALA	CAMA	FECHA	HORA

TODA LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES AL PACIENTE SE HARÁ EN EL ÁMBITO DE LA CONFIDENCIALIDAD

1 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL PROFESIONAL TRATANTE SOBRE EL TRATAMIENTO				
PROPÓSITOS	TERAPIA Y PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES CLÍNICAS			
NOMBRE DEL PROFESIONAL TRATANTE	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

2 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL CIRUJANO SOBRE LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				
PROPÓSITOS	INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROPUESTAS			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGO DE COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS			
NOMBRE DEL CIRUJANO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

3 INFORMACIÓN ENTREGADA POR EL ANESTESIÓLOGO SOBRE LA ANESTESIA				
PROPÓSITOS	ANESTESIA PROPUESTA			
RESULTADOS ESPERADOS	RIESGOS DE COMPLICACIONES ANESTÉSICAS			
NOMBRE DEL ANESTESIÓLOGO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	CÓDIGO	FIRMA

4 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	
	FIRMAS DEL PACIENTE
A EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO SATISFACTORIAMENTE ACERCA DE LOS MOTIVOS Y PROPÓSITOS DEL TRATAMIENTO PLANIFICADO PARA MI ENFERMEDAD	
B EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA EXPLICADO ADECUADAMENTE LAS ACTIVIDADES ESENCIALES QUE SE REALIZARÁN DURANTE EL TRATAMIENTO DE MI ENFERMEDAD	
C CONSIENTO A QUE SE REALICEN LAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA MI ENFERMEDAD	
D CONSIENTO A QUE ME ADMINISTREN LA ANESTESIA PROPUESTA	
E HE ENTENDIDO BIEN QUE EXISTE GARANTÍA DE LA CALIDAD DE LOS MEDIOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO, PERO NO ACERCA DE LOS RESULTADOS	
F HE COMPRENDIDO PLENAMENTE LOS BENEFICIOS Y LOS RIESGOS DE COMPLICACIONES DERIVADAS DEL TRATAMIENTO	
G EL PROFESIONAL TRATANTE ME HA INFORMADO QUE EXISTE GARANTÍA DE RESPETO A MI INTIMIDAD, A MIS CREENCIAS RELIGIOSAS Y A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN (INCLUSIVE EN EL CASO DE VIH/SIDA)	
H HE COMPRENDIDO QUE TENGO EL DERECHO DE ANULAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MOMENTO QUE YO LO CONSIDERE NECESARIO.	
I DECLARO QUE HE ENTREGADO AL PROFESIONAL TRATANTE INFORMACIÓN COMPLETA Y FIDELIDAD SOBRE LOS ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE MI ESTADO DE SALUD. ESTOY CONCIENTE DE QUE MIS OMISIONES O DISTORSIONES DELIBERADAS DE LOS HECHOS PUEDEN AFECTAR LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO	

5 CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL REPRESENTANTE LEGAL				
COMO RESPONSABLE LEGAL DEL PACIENTE, QUE HA SIDO CONSIDERADO POR AHORA IMPOSIBILITADO PARA DECIDIR EN FORMA AUTÓNOMA SU CONSENTIMIENTO, AUTORIZO LA REALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA INFORMACIÓN ENTREGADA POR LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESTE DOCUMENTO.				
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL	PARENTESCO	TELÉFONO	CÉDULA DE CIUDADANÍA	FIRMA

