

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**PARA INTERVENCIÓN Y/O CIRUGIA**

Santiago, a \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos de Paciente: \_\_\_\_\_

RUT Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos de Representante: \_\_\_\_\_

RUT Representante: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Principal \_\_\_\_\_

Declaro haber sido informado oportuna y adecuadamente acerca del procedimiento que se realizará, sus objetivos, características, potenciales riesgos y alternativas de tratamiento disponibles.

Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada, dejando de manifiesto que todas mis preguntas y dudas han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el (la) Dr. (a) \_\_\_\_\_

En consecuencia, declaro mi consentimiento para ser sometido a la intervención o procedimiento (especificar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
aceptando la ejecución de todas las acciones que se consideren necesarias en el caso de surgir situaciones no esperadas o complicaciones, expresándolo en forma libre e informada.

Nombre Médico	Nombre Paciente o Representante
Firma	Firma

## DEROGACION O REVOCACIÓN

Santiago, a \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Declaro haber sido informado oportuna y adecuadamente del procedimiento que se realizará, sus objetivos, características, potenciales riesgos y alternativas de tratamiento disponibles.

Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada, dejando de manifiesto que todas mis preguntas y dudas han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción por el/la Dr.(a) \_\_\_\_\_.

Es por lo anterior que, en forma libre e informada deniego/revoco la autorización a ser sometido a el/la intervención o procedimiento, haciéndome responsable de las consecuencias que pudieran derivarse de ésta decisión.

Nombre Médico	Nombre Paciente o Representante
Firma	Firma