



# CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL FELIX BULNES

Llenar por el Profesional que realizará el procedimiento o un par del mismo perfil profesional. Usar letra legible sin siglas.



Nombre Paciente: \_\_\_\_\_

R.U.T.: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Procedimiento o Intervención (especificar):

Declaro, mediante mi firma, que he recibido información sobre los objetivos, las características y potenciales riesgos del Procedimiento o intervención que me proponen y lo que podría suceder si esto no se realiza.

Llenar por el Paciente o Representante (\*)
Yo \_\_\_\_\_
R.U.T. \_\_\_\_\_
He decidido (marcar una opción con una x) ACEPTAR \_\_\_\_\_ RECHAZAR \_\_\_\_\_
Este procedimiento o intervención en conocimiento del objetivo, características y potenciales riesgos.
Firma \_\_\_\_\_
Paciente o Representante

(\*) Representante en los siguientes casos: menores de 18 años, incapacidad mental, compromiso de conciencia, dificultad de entendimiento.

Actividad Docente Llenar por el Paciente o Representante (\*)
Yo \_\_\_\_\_
R.U.T. \_\_\_\_\_
He decidido (marcar una opción con una x) ACEPTAR \_\_\_\_\_ RECHAZAR \_\_\_\_\_
Este procedimiento o intervención en conocimiento del objetivo, características y potenciales riesgos.
Firma \_\_\_\_\_
Paciente o Representante

(\*) Representante en los siguientes casos: menores de 18 años, incapacidad mental, compromiso de conciencia, dificultad de entendimiento.

Nombre Médico o Profesional

Firma Médico o Profesional