

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA MENOR

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre: .....Apellidos.....

### 2.- INFORMACIÓN GENERAL.

He sido informado que todo procedimiento quirúrgico tiene implícito en su ejecución riesgos o complicaciones; todos los cuales a pesar de todas las medidas y cuidados adoptados por el equipo médico, son inevitables en su ocurrencia, como por ejemplo, infecciones, hemorragias, reacciones alérgicas, cicatrices hipertróficas, queloides o pigmentadas, dificultad en procesos de cicatrización y otros.

Finalmente, he comprendido los objetivos del procedimiento o intervención, sus características y potenciales riesgos y se me ha aclarado todas las dudas que he planteado, se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el examen, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

### 3. DECLARO

Por el presente documento declaro que el profesional me ha dado a conocer y me ha explicado en términos que he podido comprender, lo siguiente:

La hipótesis diagnóstica : \_\_\_\_\_

Cirugía propuesta : \_\_\_\_\_

En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento o intervención indicado.

### 4. CONSIENTO

En Los Andes .....de..... del 201.....

RUN. .... Firma Paciente.....

### REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: ..... Apellidos.....,

RUN. .... Firma Representante legal.....

### IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. .... Firma médico.....