

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE MEDIDAS DE SUJECIÓN.

### 1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

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

### 2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Las medidas de sujeción se realiza con elementos mecánicos especiales que permiten inmovilizar a la persona o paciente con la finalidad de proteger a un paciente cuando su condición física y/o estado de conciencia se encuentra alterado, lo que significa un riesgo de sufrir accidente, caída, autoagresión o de lesión a los demás pacientes y/o personal que lo atiende. Esta medida de sujeción es de indicación médica y se mantendrá por el menor tiempo posible.

He comprendido los objetivos del procedimiento, 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, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado.

### 3. DECLARO

Por el presente documento dejo constancia que acepto las medidas de sujeción para mi familiar.

### 4. CONSIENTO

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

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

### REPRESENTANTE LEGAL.

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

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

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

.....

RUN. .... Firma Médico.....