

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HOSPITALIZACIÓN

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

En Clínica Río Blanco, el médico tratante se me ha informado la necesidad de hospitalizarme u hospitalizar a mi familiar y se me ha entregado la información que considero adecuada en forma verbal y ha contestado, en forma satisfactoria, todas mis dudas con respecto a los siguientes puntos:

1. La hipótesis diagnóstica: _____
2. Los beneficios de la hospitalización para estudiar y aclarar el origen de la afección y las consecuencias y riesgos de la no hospitalización para estos fines.
3. El objetivo, los beneficios y posibles riesgos de los procedimientos diagnósticos para estudiar la enfermedad.
4. El tratamiento médico de la enfermedad, considerando los beneficios y los posibles riesgos en relación a la terapia y las consecuencias de rechazar el tratamiento indicado.
5. Los posibles cambios tanto en el diagnóstico como en la indicaciones de tratamiento planteadas al ingreso, a raíz de hallazgos derivados de los exámenes realizados durante la hospitalización o secundarios a la propia evolución de la enfermedad.

Durante la hospitalización podré, cuando lo requiera y estime conveniente, pedir información adicional acerca de la enfermedad como de su evolución, así como pedir el alta en los casos que sea procedente bajo mi entera responsabilidad previa conversación con el médico tratante, lo que será debidamente documentado y firmado por mí en el documento de Rechazo o revocación de consentimiento informado.

3. DECLARO

Por el presente documento dejo constancia que acepto bajo mi responsabilidad hospitalizarme u hospitalizar a mi familiar.

4. CONSIENTO

En Los Andesde..... 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.....