



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO DE SALUD:

UNIDAD: (marque con una X)

GINECO OBSTETRICA _____

DENTAL _____

CIRUGIA MENOR _____

FECHA:

DIA: _____

MES: _____

AÑO: _____

Declaro que he sido informado por el profesional individualizado al final de esta acta, del procedimiento al que seré sometido: _____

Además se me han explicado los riesgos y efectos secundarios que éste podría generar.

Comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o la realización de otro procedimiento no mencionado anteriormente.

Al firmar este documento reconozco se me ha dado la oportunidad de formular preguntas y que todas las preguntas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria por el profesional anteriormente individualizado.

Conociendo todo lo anterior doy mi consentimiento para la realización del procedimiento y firmo a continuación:

NOMBRE DEL PACIENTE:

RUT: _____

FIRMA O IMPRESIÓN DIGITAL

NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL:

RUT: _____

FIRMA O IMPRESIÓN DIGITAL

NOMBRE DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:

RUT: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL DE LA SALUD:
