



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Nombres y Apellidos Paciente	C. Identidad
------------------------------	--------------

Por el presente documento, dejo constancia que acepto se me realice la siguiente intervención quirúrgica

Intervención Quirúrgica:

Y que el Médico Tratante quien abajo firma, me ha entregado información que considero adecuada y suficiente, y ha contestado a mi entera satisfacción todas mis dudas respecto de los siguientes aspectos:

- a) La(as) hipótesis diagnóstica de mi enfermedad.
- b) Objetivos de la intervención.
- c) Características de la intervención.
- d) Beneficios.
- e) Riesgos y complicaciones más frecuentes, como también de las más graves.

Me han quedado claras las consecuencias de no realizarme la intervención y se me ha explicado las otras alternativas.

El médico me ha informado sobre los cuidados post intervención y las consecuencias que puedo presentar de no seguir las indicaciones médicas.

Firmo este consentimiento en mi calidad de: Paciente Representante Legal

Huella Digital

Nombre del paciente o representante legal	Rut	Firma
Nombre del Médico Tratante	Rut	Firma
Clínica Tarapacá, Barros Arana 1550, Fono: 572 397000 - Iquique	Fecha	