



**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**AUTORIZACIÓN PARA LA OPERACIÓN Y/O PROCEDIMIENTO Y ANESTESIA**

Paciente..... Edad..... años N° Ficha: .....

Mediante este documento, otorgo en consentimiento para que el Dr. ....

realice las siguientes operaciones y/o procedimientos: .....

.....  
.....  
.....

El Dr. ...., me ha explicado y he entendido claramente la naturaleza y fines de la operación y/o procedimientos. Igualmente me ha informado y he entendido los beneficios, complicaciones, molestias concomitantes y riesgos que pueden producirse, así como las posibilidades alternativas al tratamiento propuesto si en el curso de la operación y/o procedimiento se presentaren condiciones imprevistas que requieran de conductas médicas distintas de las planteadas inicialmente.

Autorizo a la realización de las operaciones y/o procedimientos adicionales que el equipo médico encabezado por el Dr. ....estime necesarios.

Igualmente consiento la administración de los anestésicos y medicamentos que se requieran así como los procedimientos habituales necesarios durante la hospitalización.

Confirmando haber leído lo anterior otorgo la presente autorización en mi calidad de: \_\_\_\_\_  
(Paciente, cónyuge, hermano, etc.)

.....  
Nombre

.....  
RUT

.....  
Firma

.....  
Nombre médico tratante

.....  
RUT médico tratante

.....  
Firma médico tratante

Fecha: Santiago, .....