



## CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL PARA PACIENTES CON INDICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL DE LA FUERZA AEREA DE CHILE

### Información General:

Estimado paciente: la intención de éste documento, es otorgarle información sobre su hospitalización necesaria para el tratamiento de su enfermedad actual. Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

### Declaro:

Que en este acto, **el Servicio de Admisión de Pacientes**, me ha informado los siguientes aspectos administrativos y hospitalarios.

Que **se me ha informado** que este es un **Hospital docente**, donde la participación de alumnos de pre y post grado de las carreras de la salud bajo la tutela de los médicos especialistas de este hospital forma parte del equipo de salud que me tratará.

Que **se me ha informado** que, **al alta debo hacer entrega de la cama asignada antes de las 12:00 hrs**, de caso contrario, se me hará el cobro de un día adicional de hospitalización.

Que **se me ha informado** que, el hospital se reserva el derecho de ocupar la cama que se le asignó en este momento, si los médicos indican que requiero un nivel de atención de complejidad distinto.

Que, he **leído y validado** los datos impresos en mi brazalete de identificación.

Que, **entiendo** que este consentimiento puede **ser revocado** por mí en cualquier momento, antes de la realización del/los procedimientos, sin necesidad de explicación alguna.

Que **se me ha informado** acerca de las normas internas del establecimiento, las que me comprometo a respetar y a hacerlas respetar.

Que **se me ha informado** de las modalidades de financiamiento de las prestaciones, de acuerdo a mi sistema de salud.

Que **se me ha informado** que es posible que pudiera requerir de alguna interconsulta con especialista en horario inhábil en la institución por mi condición de salud, como asimismo, de otras prestaciones que pudieren no estar cubiertas por mi asegurador.

Que, "Tomo conocimiento que este Hospital Clínico, **no otorga prestaciones GES**, por lo que las atenciones médicas que se me entregarán serán otorgadas en modalidad libre elección."

Que **se me ha informado** que el Hospital FACH puede entregar certificaciones médicas de mi Ficha Clínica a mi Asegurador de Salud.....  
.....y/o Cía de Seguros, en caso de ser solicitados, conforme a la ley.

**Autorizo:** \_\_\_\_\_

**No Autorizo:** \_\_\_\_\_

Al Hospital FACH a obtener imágenes de mi intervención o terapia, sabiendo que pudieran ser exhibidos dentro de un contexto científico, omitiendo mi nombre y cualquier detalle que pudiera identificarme.

**Autorizo:** \_\_\_\_\_

**No Autorizo:** \_\_\_\_\_

Al Hospital FACH a permitir se hagan revisiones retrospectivas de mi Ficha Clínica en el contexto de estudios científicos, guardándose la debida confidencialidad que requiere el manejo de la información contenida en ella.

Habiendo leído, aceptado y completado el documento precedente se otorga el siguiente consentimiento:

### CONSENTIMIENTO

Santiago,.....de.....del.....a las.....hrs

Yo.....

Nombre del paciente o Representante Legal

RUN.....Edad.....

Acepto **ser hospitalizado o que se hospitalice a mi representado** en las condiciones señaladas precedentemente en el Hospital de la Fuerza Aérea de Chile y **he tomado esta decisión en forma libre, voluntaria e informadamente**,

.....

Firma o Huella digital del Paciente o Representante Legal o Cuidador

### DENEGACIÓN INDICACION DE HOSPITALIZACION

Santiago.....de.....del.....a las.....hrs

Yo.....

Nombre del Paciente o Representante Legal o Cuidador

RUN.....Edad.....

Firma o Huella Digital

Manifiesto en forma libre y conciente mi **DENEGACIÓN O RECHAZO** a hospitalizarme, o a que se hospitalice a mi representado, haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta decisión.



**JUSTIFICACIÓN DEL IMPEDIMIENTO DE SUSCRIPCIÓN DEL DOCUMENTO**

Santiago.....de.....del.....a las.....hrs.

Sr. (a).....  
**Nombre Paciente**

RUN..... Edad.....

**CAUSA DEL IMPEDIMIENTO.....**

SR (a).....  
**Nombre de Representante Legal o Cuidador**

RUN.....Edad.....Dirección.....

Teléfono.....  
Firma o Huella Digital

En caso de que este consentimiento sea firmado por el representante legal o cuidador