



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santiago de de alas hrs.

Nombre del Paciente

Diagnóstico

Ced. Identidad:

Edad

Por el presente documento **declaro haber recibido** oportunamente información, adecuada sobre mi situación clínica y asimismo **información por escrito** acerca de los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se me realizarán y que consisten en:

Además, he recibido información sobre los riesgos que estos pueden representar y las alternativas de tratamiento disponibles, los que corresponden a lo siguiente:

**Riesgos:**

**Alternativas de Tratamiento disponibles:**

Asimismo, declaro haber comprendido la información proporcionada por el (la)

Dr./a

quien contestó mis preguntas y aclaró dudas, a mi entera satisfacción.

Por lo anterior, **otorgo mi Consentimiento**, en forma libre, voluntaria e informada, para ser sometido a

y para los procedimientos necesarios en el caso de surgir complicaciones o situaciones no esperadas.

.....

.....

**Firma y RUN**  
Profesional que informa

**Firma Paciente o Representante**