



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Santiago de de a las 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