


# FORMULARIO PARA REGISTRO

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| <br>HOSPITAL CLINICO<br>VIÑA DEL MAR<br><i>Más que una Clínica</i> | CONSENTIMIENTO INFORMADO<br>Para Actividad Docente Asistencial en UPC-A | FL-DOA-03 |
|   |   | Rev. 02   |

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

**(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)**

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**(Representante legal o familiar )**

**(Nombre y dos apellidos del paciente)**

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## INFORMACION GENERAL

El Hospital Clínico Viña del Mar (HCVM) dentro de sus múltiples áreas de desarrollo, cuenta con actividades docentes Universitarias en convenio con la Facultad de Medicina de la Universidad Andrés Bello para la formación de internos de medicina en su último año de prácticas clínicas en unidades específicas de la institución.


En el sector de Unidad de paciente Crítico, que corresponde a las Unidades de UCI Adultos y Unidad de Cuidados Intermedios, los profesionales médicos que en ella asisten realizan actividades docentes relacionadas con el quehacer específico de su especialidad.

Los pacientes atendidos por los profesionales aludidos pueden ser atendidos por éstos, en su calidad de docentes universitarios en compañía de internos en sus últimos años de práctica de Medicina quienes los asisten durante su labor, favoreciendo el adecuado desempeño de sus labores. Todo esto en un marco absoluto de privacidad, respeto y resguardo de la información personal acorde a la ley de derechos y deberes de los pacientes, y sin modificar las indicaciones ni responsabilidades en las decisiones clínicas dadas por el tratante.

## BENEFICIOS

1. Actividad diagnóstico terapéutica de alta especialización
2. Mayor control de la evolución del paciente y del proceso diagnóstico asociado llegando a un mayor desarrollo de la actividad clínica relacionado con el control de cada paciente.
3. Mayor actualización de los informes médicos exámenes y procesos relacionados con la actualización continua de el proceso terapéutico de los enfermos.
4. Controles y conductas asistenciales que no molestarán la tranquilidad, descanso y natural privacidad del paciente
5. Opción de rechazo y/o revocación en cualquier momento, de estimarlo pertinente, solicitándose la atención exclusiva por los profesionales médicos, sin modificar las conductas terapéuticas de la unidad.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| <br>HOSPITAL CLINICO<br>VIÑA DEL MAR<br><i>Más que una Clínica</i> | CONSENTIMIENTO INFORMADO<br>Para Actividad Docente Asistencial en UPC-A | FL-DOA-03 |
|   |   | Rev. 02   |

## DECLARO :

Que se me ha explicado que existe un Convenio Docente Asistencial en el Hospital Clínico Viña del Mar, que presta servicios a los pacientes hospitalizados en Unidad de Paciente Crítico del Hospital Clínico Viña del Mar, y en tales condiciones CONSIENTO que al ser atendido (a), pueda ser evaluado (a) Médicos residentes en compañía de internos de Medicina y su equipo durante mi hospitalización.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

## RECHAZO:

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad ,Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal )

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar ) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, la atención por docentes universitarios y su equipo con fecha \_\_\_\_\_  
y no deseo ser atendido en esta institución bajo esta modalidad

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

## REVOCAION

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar ) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo de atención en modalidad Docente Asistencial con fecha \_\_\_\_\_  
Y autorizo ser atendido por los Médicos residentes en compañía de internos de medicina y su equipo durante mi hospitalización.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_