


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Tratamiento con Fármacos fuera de Protocolos o Canastas establecidas.	FL-CDM-145
		Rev. 01

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: _____

INTRODUCCIÓN

Su médico tratante le ha informado de su enfermedad, en cuanto a su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento. Por la condición de ésta, se le solicita que lea detalladamente este documento, discuta con su médico tratante las dudas que tenga y cualquier otra consulta referente a su condición.

Al final de este documento se le solicitará que manifieste su voluntad de recibir el tratamiento propuesto, o bien de no aceptarlo.

OBJETIVO

El principal objetivo es frenar y reducir la enfermedad y/o gravedad de episodios de ésta y/o recurrencia de estos.

EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO

El tratamiento farmacológico se relaciona con la administración de un fármaco determinado ya sea por vía oral, intramuscular, endovenosa o subcutánea según se requiriese.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU REALIZACIÓN

Este tipo de fármacos eventualmente pueden tener efectos deletéreos dependiendo específicamente del fármaco en cuestión y al no encontrarse en protocolos vigentes no existen garantías absolutas que se relacionen con la efectividad de éste, aunque se presume un efecto positivo derivado de esto el cual es el motivo de su sugerencia terapéutica.

CONSECUENCIAS PREVISIBLES DE SU NO REALIZACIÓN

La no realización del tratamiento supone una progresión natural de la evolución de la enfermedad lo cual podría llevar eventualmente al paciente a su deceso.

RIESGOS DEL TRATAMIENTO

Estos dependerán de la naturaleza específica del fármaco pudiendo presentarse desde efectos leves y frecuentes, como molestias gastrointestinales o reacciones cutáneas hasta, efectos de mayor gravedad y muy baja frecuencia., que pudiesen tener riesgo vital.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este Centro están disponibles para procurar solucionarla.


RIESGOS PERSONALIZADOS

ALTERNATIVAS RAZONABLES AL PROCEDIMIENTO

Esta elección es planteable dado a que las medidas habituales de tratamiento han sido El rechazo de esta alternativa en ningún caso supone que el paciente quede sin tratamiento médico, sino la continuación de su esquema terapéutico actual, con el beneficio que se ha obtenido hasta el momento sin cambios en su evolución.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

FORMULARIO PARA REGISTRO

	CONSENTIMIENTO INFORMADO Tratamiento con Fármacos fuera de Protocolos o Canastas establecidas.	FL-CDM-145
		Rev. 01

Y en tales condiciones DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que he recibido y conozco que este puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

DECLARO :

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a un **TRATAMIENTO CON FARMACOS FUERA DE PROTOCOLOS O CANASTAS ESTABLECIDOAS**
Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **TRATAMIENTO CON FARMACOS FUERA DE PROTOCOLOS O CANASTAS ESTABLECIDAS**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

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, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con el **TRATAMIENTO CON FARMACOS FUERA DE PROTOCOLOS O CANASTAS ESTABLECIDAS**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

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 al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____