


# FORMULARIO PARA REGISTRO

|  |   |            |
|--|---|------------|
|  <p><b>HOSPITAL CLINICO</b><br/>VIÑA DEL MAR<br/><i>Más que una Clínica</i></p> | <b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b><br><b>Ecocardiograma Transesofágico</b> | FL- CAR-05 |
|  |   | Rev. 03    |

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 O CAUSAL DE LA SOLICITUD DEL PROCEDIMIENTO EN EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## INFORMACION GENERAL

Consiste en la visualización anatómica del corazón a través de un endoscopio que se introduce por boca hasta el tórax llegando a la altura del corazón que transmite la imagen a una pantalla.

## OBJETIVO

Visualizar a través del esófago la anatomía del corazón y sus cavidades.

## EN QUE CONSISTE UN ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO

Consiste en la visualización anatómica del corazón a través de un endoscopio que se introduce por boca hasta el tórax llegando a la altura del corazón. El endoscopio transmite la imagen a una pantalla. El médico obtiene información que no aporta el Ecocardiograma de Superficie, como por ejemplo, detectar coágulos en el interior del corazón, confirmar en caso de sospecha de disección de la aorta, endocarditis infecciosa, compromiso de la aorta torácica, evaluación de prótesis valvulares y detección de enfermedades congénitas.

Para efectuar el examen se administra por vía endovenosa un medicamento (sedante) que le provoca sueño y un anestésico local en la cavidad bucal para evitar náuseas.

## RIESGOS DEL ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFAGICO

Ningún médico puede asegurar completo éxito y ausencia de complicaciones, pero son poco habituales, incluso algunas situaciones como reacción a medicamentos o daño en el esófago.

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Me ha informado también sobre las posibles alternativas a este tratamiento, aclarándome que hoy día no existen alternativas a la realización de este procedimiento con mejor perfil de eficacia y seguridad para mi enfermedad o riesgo concretos.


Además me ha aclarado que el procedimiento no está exento de riesgos y me ha explicado cuáles son tales riesgos. Asimismo me ha explicado que, en mi caso particular, teniendo en cuenta mis circunstancias personales (edad, estado previo de salud, sexo raza, profesión, ceto religioso, etc.) existen los siguientes riesgos adicionales: (rellenar, si procede, con riesgos particulares que se presuman debido a condiciones personales o médicas concretas del paciente).

## RIESGOS PERSONALIZADOS

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

|  |  |                   |
|--|--|-------------------|
|  <p><b>HOSPITAL CLINICO</b><br/>VIÑA DEL MAR<br/><i>Más que una Clínica</i></p> | <p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p> <p><b>Ecocardiograma Transesofágico</b></p> | <p>FL- CAR-05</p> |
|  |  | <p>Rev. 03</p>    |

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características del procedimiento y sus potenciales riesgos.

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.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condición

**DECLARO:**  
Que el/la Doctor/a \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a un **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO**  
Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO**  
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 **ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO**, 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** \_\_\_\_\_

**REVOCACIÓN:**  
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** \_\_\_\_\_