


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p>HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	Consentimiento Informado Para Procedimientos intervencionales (Punciones Guiadas)	FL-IMA-14
		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)

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: \_\_\_\_\_

## Información General:

Su Médico le ha solicitado un procedimiento que requiere efectuar una punción guiada bajo visión radiológica o ultrasonográfica, para obtener muestras o células de tejidos, de un determinado órgano, drenar una colección hemática o purulenta o bien efectuar una marcación pre quirúrgica de alguna lesión. La punción será realizada por un Médico especialista, quien previamente evaluará las condiciones necesarias para realizar el procedimiento con mínimos riesgos para su salud. La punción requiere insertar una aguja en un determinado tejido, lo que provocará dolor, similar a cualquier inyección intramuscular o endovenosa.

## Objetivo:

El objetivo de este procedimiento es obtener muestras de tejidos para certificar un diagnóstico mediante la evaluación histopatológica del tejido o células obtenidas, drenar un absceso o hematoma o insertar una guía de marcación pre quirúrgico.

## Riesgos:

Puede presentar alguna complicación hemorrágica, inflamatoria o infecciosa secundaria a la punción. Puede existir también, la posibilidad de que la cantidad de muestra extraída del procedimiento sea insuficiente para ser procesada por Anatomía Patológica, caso en el cual, deberá repetirse el procedimiento, con cargo al paciente.

## Contraindicaciones:

Encontrarse en tratamiento anticoagulante.  
Presentar Hemofilia o Trastornos de la coagulación.


## Advertencias:

Si Ud. se encuentra en tratamiento anticoagulante, presenta algún Trastorno de la coagulación o Hemofilia, deberá comunicarlo antes de realizarse el procedimiento, ya que eso lo contraindica.

Las punciones tiroideas que tengan muestra suficiente serán además estudiadas con informe histopatológico lo que implica un examen adicional.

Los costos derivados del procesamiento de muestras por anatomía patológica serán cancelados en forma individual, cada vez que se realice un procedimiento.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <p style="font-size: small; margin: 0;">HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i></p>	<p><b>Consentimiento Informado</b></p> <p><b>Para Procedimientos intervencionales</b></p> <p><b>(Punciones Guiadas)</b></p>	<p>FL-IMA-14</p>
		<p>Rev. 03</p>

**DECLARO**

Que el Médico Radiólogo \_\_\_\_\_ me ha informado sobre la necesidad y los riesgos potenciales que puede representar para mi salud la realización del procedimiento denominado punción \_\_\_\_\_. Declaro además no encontrarme en tratamiento anticoagulante ni presentar ninguna de las contraindicaciones que se me han señalado y autorizo al personal de Hospital Clínico Viña del mar para realizar todas aquellas acciones necesarias para recuperar mi salud en caso de presentar alguna complicación. Autorizo a su vez la repetición del examen de ser necesario y la realización de todos los estudios histopatológico derivados de éste, asumiendo los costos que eso implique.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el procedimiento antes mencionado, que me ha sido indicado.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente y/o Representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) Profesional

**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)

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

**RECHAZO** que se me realice el procedimiento de punción \_\_\_\_\_, que se me ha indicado y acepto que mi decisión puede tener consecuencias en mi salud.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente y/o Representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) Profesional

**REVOCAACION**

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)

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 procedimiento.

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente y/o Representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) Profesional