





	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 1 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		



## PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO

<p><b>ELABORADO POR</b> SRA. IVETTE EGAÑA V. JEFA DCSP</p> <p style="text-align: center;">  </p> <p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL COQUIMBO</b> FECHA: ABRIL 2021</p>	<p><b>REVISADO POR</b> DR. MAURICIO MAUREIRA A. SDGCAC</p> <p style="text-align: center;">  </p> <p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL COQUIMBO</b> FECHA: JUNIO 2021</p>	<p><b>APROBADO POR</b> SR. GERMAN LOPEZ A. DIRECTOR</p> <p style="text-align: center;">  </p> <p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL COQUIMBO</b> FECHA: AGOSTO 2021</p>
---	---	---

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 2 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

## **Hospital San Pablo de Coquimbo**

### **Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente**

**2021**

#### **Elaborado por:**

##### **Marcela Allard Pincheira**

Enfermera Jefe Unidad de Calidad y Seguridad del paciente (r)

##### **Ivette Egaña Veas**

Enfermera Jefe Departamento de Calidad y Seguridad del paciente

#### **Actualizado por:**

##### **María T. Lizana M.**



Enfermera Jefe Departamento de Calidad y seguridad del paciente (s)

##### **Ivette Egaña Veas**

Enfermera Jefe Departamento de Calidad y Seguridad del paciente



##### **Paola Garmendia Lavados**

Abogada Jefe Unidad de Asesoría Jurídica

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 3 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

## ÍNDICE

	Pagina
<b>1. OBJETIVO</b>	<b>4</b>
<b>2. ALCANCE</b>	<b>4</b>
<b>3. AMBITO DE APLICACIÓN</b>	<b>4</b>
<b>4. ASPECTOS NORMATIVOS</b>	<b>5</b>
<b>5. REPSONSABLES DE LA APLICACIÓN</b>	<b>5</b>
<b>6. DENIFICIONES</b>	<b>6</b>
<b>7. DESARROLO</b>	<b>6</b>
7.1 Procedimiento de obtención del registro del consentimiento informado	<b>7</b>
7.2 Requisitos del consentimiento informado	<b>8</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>11</b>

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 4 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

## 1. OBJETIVO

Actualizar el procedimiento de entrega de información por parte del profesional y expresión del consentimiento informado del paciente, en el Hospital San Pablo de Coquimbo, mediante la utilización de documento institucional en forma previa a la ejecución de los procedimientos de mayor riesgo, según normativa vigente.

## 2. ALCANCE

Todo usuario que ingresa al Hospital San Pablo Coquimbo para ser sometido a procedimientos que conllevan un mayor riesgo para el paciente, tales como:



- Cirugías Mayores
- Procedimientos endoscópicos
- Procedimientos Imagenológicos Intervencionales

## 3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente documento deberá ser conocido, difundido y aplicado por todos los Profesionales Médicos, de los servicios clínicos y unidades de apoyo, en donde se realicen procedimientos de mayor riesgo.

### 3.1 Excepciones

- a) En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos señalados en el punto N° 2 de este Protocolo, supongan un riesgo para la salud pública, esto es, de diseminación o

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 5 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

contagio de una enfermedad de esta naturaleza a la población en general, de acuerdo al Código Sanitario.

- b) En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique un riesgo vital o secuela funcional grave, de no mediar atención médica inmediata e impostergable y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad ni sea posible obtener el consentimiento de su representante legal, de su apoderado o de la persona a cuyo cuidado se encuentre, según corresponda.
- c) Cuando la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su representante legal, por no existir o por no ser habido.



Para lo anteriormente expuesto, debe dejarse constancia de ello en la ficha clínica del paciente y se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

#### 4. ASPECTOS NORMATIVOS

- Ley 20.584 Derechos y Deberes que tienen las personas en Relación con acciones vinculadas a su atención en salud, Párrafo N°6 De la autonomía de las personas en su atención de salud "&" 1. Del consentimiento informado, artículo N°14 y N° 15.
- Decreto N° 31/2012 “Aprueba reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud”
- Código Civil de Chile, Artículos N° 26, 43, 224, 1446, 1447.

#### 5. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN

- a) El médico que ejecuta directamente el procedimiento o intervención, o bien, cualquier otro profesional médico tratante del mismo perfil y del mismo prestador es el responsable de obtener el consentimiento Informado y de asegurar su resguardo en ficha clínica del paciente.

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 6 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

b) Subdirectores Médicos de Atención Cerrada y Abierta y Médicos Jefes son responsables de supervisar el cumplimiento de la obtención del Consentimiento, de acuerdo con lo establecido.

## 6. DEFINICIONES

### 6.1 Consentimiento informado

Proceso comunicativo y deliberativo dentro de la relación clínica, entre un profesional sanitario y un paciente competente o de su representante legal o persona cuyo cuidado se encuentre, en el curso del cual toman conjuntamente decisiones acerca de la manera más adecuada de abordar su problema de salud, las cuales quedan evidenciadas en un formulario, al menos en los casos definidos por la institución, señalados en el punto N°2.

### 6.2 Formulario Consentimiento Informado



Soporte documental definido por la Institucion, del proceso de información que garantiza la información que se entregó explicitando la aceptación o rechazo.

### 6.3 Calificación de competencia

El Médico que obtiene el Consentimiento es el responsable de determinar la competencia del paciente; podría solicitar la asesoría neuropsiquiátrica cuando estime que se requiera.

## 7. DESARROLLO

La manifestación del consentimiento puede ser tácita, verbal o escrita, dependiendo ello de la significación para la salud del paciente y del tratamiento o procedimiento a ejecutar. Sin embargo,

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 7 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

la expresión deberá ser por escrito, al menos en los casos señalados en el punto N°2 velando el profesional médico por el cumplimiento de los requisitos de dicho documento.



Sólo una vez recibida la información y explicación médica, el paciente estará en condiciones de otorgar o denegar su consentimiento a someterse o recibir cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud que se le proponga.

Esta manifestación deberá ser voluntaria y estar libre de manipulación, coacción o acciones destinadas a influir la opción en uno u otro sentido.

Sin embargo, el rechazo de un tratamiento no podrá nunca tener por objeto la aceleración artificial de su muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.

### **7.1 Procedimiento de obtención del registro del consentimiento informado**

- a) El consentimiento se obtiene previo a la realización del procedimiento o intervención y puede otorgarlo el paciente cuando es competente, o en caso de no serlo, será el representante legal o persona cuyo cuidado se encuentre quien lo otorgue.
- b) El proceso de Consentimiento Informado culmina con la aceptación o rechazo del paciente o representante legal o persona cuyo cuidado se encuentre de lo propuesto.
- c) No resulta aceptable el uso de abreviaturas.
- d) Sin perjuicio de las facultades de los padres o del representante legal para otorgar el consentimiento en materia de salud en representación de los menores de edad competentes, todo niño(a) y adolescente tiene derecho a ser oído respecto de los tratamientos que se le aplican y a optar entre las alternativas que éstos otorguen, según la situación lo permita, tomando en consideración su edad, madurez, desarrollo mental y su estado afectivo y psicológico. El profesional responsable de la obtención del consentimiento informado, deberá dejar constancia en este documento de la entrega de información al menor.
- e) El paciente, familiar, representante, apoderado, acompañante o la persona de cuyo cuidado se encuentre según corresponda, debe firmar el formulario en presencia del profesional señalado en el punto N°5, letra a).

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 8 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

- f) Cuando haya dos o más profesionales médicos que deban realizar procedimientos diferentes sobre el mismo paciente, cada profesional debe obtener el consentimiento según corresponda.
- g) El consentimiento para un tratamiento que requiere múltiples intervenciones (aseos quirúrgicos, por ejemplo) permanece vigente, mientras no haya cambios en las indicaciones o en las condiciones del paciente.
- h) En aquellos casos de Incompetencia del paciente, personas con dificultades de entendimiento o alteración de conciencia, la información deberá ser entregada a su representante legal, y, a falta de este, a la persona cuyo cuidado se encuentre o apoderado, quien deberá autorizar o rechazar los procedimientos.
- i) En el caso de las personas concientes analfabetas y/o imposibilitadas físicamente para escribir, resulta admisible establecer el cumplimiento de dicha exigencia mediante el uso de la huella dactilar del paciente, en reemplazo de sus firmas.
- j) El consentimiento puede ser revocado por el paciente o su representante legal o persona cuyo cuidado se encuentre, quedando consignado por escrito en la ficha clínica.
- k) En caso de derivación de un paciente, desde un prestador institucional a otro, el consentimiento informado debe ser obtenido por profesionales del prestador institucional donde efectivamente el procedimiento tendrá lugar.
- l) Cuando el servicio clínico y/o unidad de apoyo disponga de instructivo que explique el procedimiento o intervención a realizar, se deberá adjuntar al formulario de consentimiento informado.



## 7.2 Requisitos del consentimiento informado

### 7.2.1 Consentimiento Informado Escrito

El documento deberá tener letra **clara y legible**, consignando los **todos** datos solicitados en el formato:

- a) Nombre, 2 apellidos y firma del profesional médico responsable de la obtención. Se acepta la



	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 9 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

utilización de timbre.

b) Nombre y firma del paciente, familiar o su representante legal: en caso de que sea el familiar o representante legal, se debe completar siempre el nombre del paciente por el cual se está firmando, marcando la opción de acepto o no acepto.

c) Diagnóstico / Procedimiento a realizar ***sin siglas y ni abreviaturas***.

d) Debe explicitar que, mediante su firma, el paciente, familiar o representante expresan que recibieron, de parte del médico información sobre objetivo de la intervención, sus características y potenciales riesgos.

e) Fecha de obtención de consentimiento

### 7.2.2 Consentimiento Informado Escrito/Digital

Se completará en formato Word registrando los siguientes datos:

a) Nombre y 2 apellidos del profesional médico responsable de la obtención.

b) Nombre del paciente, familiar o su representante: en caso que sea el familiar o representante, se debe completar siempre el nombre del paciente por el cual se está firmando.

c) Diagnóstico / Procedimiento a realizar ***sin siglas y ni abreviaturas***.



d) Debe explicitar que, mediante su firma, el paciente, familiar o representante expresan que recibieron, de parte del médico información sobre objetivo de la intervención, sus características y potenciales riesgos.

e) Fecha de obtención de consentimiento

f) Al imprimir documento el médico responsable de la obtención procederá a firmarlo y solicitar al paciente, familiar o su representante legal, escribir de puño y letra el acepto o no acepto más la firma correspondiente.

La documentación del consentimiento informado debe ser adjuntada en la ficha clínica, en el momento de su obtención y se hará exigible antes de iniciar cualquier procedimiento de alto riesgo.

Es necesario señalar que cuando se presenten excepciones según lo señalado en el punto N° 3.1,

	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 10 de 14	Versión 0.4	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

**el profesional que realizara el procedimiento o intervención debe dejarlo consignado en el mismo formulario del consentimiento informado o en hoja de evolución medica de ficha clínica.** En caso de revocación del paciente una vez firmado el consentimiento, deberá quedar consignado de puño y letra del paciente o su representante en el mismo consentimiento, la voluntad de esto.

## 8. ANEXOS

## ANEXO N° 1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO DIGITAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO  
HOSPITAL SAN PABLO DE COQUIMBO



1. Declaro que el Médico me ha dado a conocer la naturaleza de mi enfermedad y el procedimiento a realizar, cuales son los objetivos, características y potenciales riesgos y complicaciones.

-Diagnóstico:

-Procedimiento o intervención a realizar:



2. Declaro que he comprendido la información entregada con lenguaje claro y sencillo, y se me ha permitido aclarar todas mis dudas.
3. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

ACEPTO

NO ACEPTO

Nombre Médico:	Nombre Paciente:
Firma Médico:	Nombre Familiar o representante (Cuando Procede):
	Firma:

FECHA DE OBTENCIÓN CONSENTIMIENTO:

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 12 de 14	Versión 0.4	 
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

## ANEXO N° 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO CREOLE



### KONSANTMAN KLÈ HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO



1. Mwen deklare ke medsen an fèm konnen nati e eta maladi mwen genyen an e pwosesis pou reyalize a, ki se objektif, karakteristik, gro risk e komplikasyon.

Dyagnostik: \_\_\_\_\_

Pwosesis ou entèvansyon a reyalize : \_\_\_\_\_

2. Mwen deklare ke mwen konprann enfòmasyon ke yo banm yo avèk yon langaj klè e senp, e sa pèmèt mwen klarifye tout dout mwen t genyen yo.
3. Mwen konprann ke, a nenpòt ki moman e san ke mwen pa oblije bay pyès espplikasyon, mwen kapab anile konsantman mwen an avèk otorizasyon mwen.





Aksepté

Pa aksepté

Non medyan	Non pasyan:
Siyati medsen	Non yon fanmi oubyen yon reprèzanfan ( )
	Siyati:



Date ou gen konsantman an: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_




Jou Mwa An

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 13 de 14	Versión 0.4	  
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

## ANEXO N° 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

 <small>Hospital Coquimbo Hospital San Pablo Ministerio de Salud</small>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>	 <small>ACREDITADO HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO Acreditación certificada por SUPERINTENDENCIA DE SALUD</small>						
<p>1. Declaro que el Médico me ha dado a conocer la naturaleza de mi enfermedad y el procedimiento a realizar, cuáles son los objetivos, características y potenciales riesgos y complicaciones.</p> <p><b>Diagnostico:</b> _____</p> <p><b>Procedimiento o intervención a realizar :</b> _____</p>								
<p>2. Declaro que he comprendido la información entregada con lenguaje claro y sencillo, y se me ha permitido aclarar todas mis dudas.</p>								
<p>3. Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.</p>								
<p><b>ACEPTO</b> <input type="checkbox"/>                      <b>NO ACEPTO</b> <input type="checkbox"/></p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; height: 20px;">Nombre medico</td> <td style="width: 50%; height: 20px;">Nombre paciente:</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;">Firma medico</td> <td style="height: 20px;">Nombre familiar o representante (cuando procede )</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="height: 20px;">Firma:</td> </tr> </table>	Nombre medico	Nombre paciente:	Firma medico	Nombre familiar o representante (cuando procede )		Firma:		
Nombre medico	Nombre paciente:							
Firma medico	Nombre familiar o representante (cuando procede )							
	Firma:							
<p>FECHA DE OBTENCION CONSENTIMIENTO: ____/____/____</p> <p style="margin-left: 100px;">Día    Mes    Año</p>								

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 14 de 14	Versión 0.4	  
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2026		

## ANEXO Nº 4

### HOJA DE ACTUALIZACION DE DOCUMENTACIÓN

Elaborado por ó Modificado por	Revisado por	Autorizado por	Páginas Sustituidas	Fecha de Modificación		
				Día	Mes	Año