


	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 1 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		



## PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO

<p><b>ELABORADO POR</b> ENF. MARÍA T. LIZANA M. JEFA (S) DCSP</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p> <p style="text-align: center;">  </p> <p><b>HOSPITAL COQUIMBO</b> FECHA: AGOSTO 2022</p>	<p><b>REVISADO POR</b> DR. MAURICIO MAUREIRA A. SDGCAC UNIDAD JURÍDICA</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p> <p style="text-align: center;">  </p> <p>SRA. RAÚLA GARMENDIA L. JEFA U. ASESORÍA JURÍDICA</p> <p>DRA. EUGENIA ORTÍZ G. MÉDICO ASESOR DCSP</p> <p style="text-align: center;">  </p> <p><b>HOSPITAL COQUIMBO</b> FECHA: AGOSTO 2022</p>	<p><b>APROBADO POR</b> DR. CHRISTIAN VARGAS A. DIRECTOR (S)</p> <p style="text-align: center;"><i>[Signature]</i></p> <p style="text-align: center;">  </p> <p><b>HOSPITAL COQUIMBO</b> FECHA: AGOSTO 2022</p>
---	---	---

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 2 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

**Hospital San Pablo de Coquimbo**



**Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente**

**2022**

**Elaborado por:**



**María T. Lizana M.**

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

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 3 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

## 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>7</b>
7.1 Procedimiento de obtención del registro del consentimiento informado	<b>7</b>
7.2 Requisitos del consentimiento informado	<b>9</b>
<b>8. ANEXOS</b>	<b>11</b>

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 4 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

## 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 contagio de una enfermedad de esta naturaleza a la población en general, de acuerdo al

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 5 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

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.
- Norma Técnica y administrativa Monitoreo y vigilancia de indicación de Cesárea, Subsecretaría de Salud Pública, SSRA, 2021

#### **5. RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN**

- a) El profesional que ejecuta directamente el procedimiento o intervención, o bien, cualquier otro profesional tratante del mismo perfil y del mismo prestador es el responsable de obtener el

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 6 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

consentimiento Informado y de asegurar su resguardo en ficha clínica del paciente.

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.

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 7 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

## 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, la expresión deberá ser por escrito, al menos en los casos señalados en el punto N°2, velando el profesional 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 eutanasicas o el auxilio al suicidio.

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



- 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.
- 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.
- No resulta aceptable el uso de abreviaturas.
- 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

	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 8 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

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.

- 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).
- Cuando haya dos o más profesionales médicos que deban realizar procedimientos diferentes sobre el mismo paciente, cada profesional debe obtener el consentimiento según corresponda.
- 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.
- 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.
- En el caso de las personas conscientes 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- En el caso de paciente electivo derivado a la U. Prequirúrgica, deberá ingresar



	<p align="center"><b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b></p> <p align="center"><b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	Página 9 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

documentación con el Consentimiento Informado firmado. Dicha unidad será la responsable de resguardar dicho documento hasta el día programado del procedimiento.

- Sin perjuicio de lo anterior, si durante el transcurso de la obtención del consentimiento y el otorgamiento de la prestación, han cambiado las características, los objetivos del procedimiento o los potenciales riesgos del paciente, entonces, se debe proceder a la obtención de un nuevo 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 responsable de la obtención. Se acepta la 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 General

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,

	<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 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

se debe completar siempre el nombre del paciente por el cual se está firmando.



- c) Diagnóstico / Procedimiento a realizar, evitando **siglas y 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.

### 7.2.3 Consentimiento Informado Escrito/Digital Cesárea

Documento disponible en Plataforma SAGHIX al momento de ingresar una cesárea electiva o de Urgencia, en el cual deberán registrar los siguientes datos mínimos:

- a) Nombre y 2 apellidos del profesional médico responsable de la obtención.
- b) Nombre de la paciente, familiar o su representante: en caso de 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
- g) Al imprimir documento el médico responsable de la obtención procederá a firmarlo y solicitar al paciente, familiar o su representante, 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. En el caso de pacientes derivados a U. Prequirúrgica, dicho documento deberá ser enviado al ingreso del paciente junto a la documentación definida en **“Protocolo de atención de pacientes**

	<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 11 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

**U. Prequirúrgica”** vigente.

Es necesario señalar que cuando se presenten excepciones según lo señalado en el punto N° 3.1, **el profesional que realizará el procedimiento o intervención debe dejarlo consignado en el mismo formulario del consentimiento informado o en hoja de evolución médica 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 GENERAL



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 13 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

## 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 medsen	Non pasyan:
Siyati medsen	Non yon fanmi oubyen yon reprèzantran ( )
	Siyati:



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





Jou Mwa Anc

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 14 de 18	Versión 0.5	  
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

**ANEXO Nº 3  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO**

**ANEXO Nº 4**

	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>						
<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>							
<b>ACEPTO</b> <input type="checkbox"/>	<b>NO ACEPTO</b> <input type="checkbox"/>						
<table border="1"> <tr> <td>Nombre medico</td> <td>Nombre paciente:</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Firma medico</td> <td>Nombre familiar o representante (cuando procede )</td> </tr> <tr> <td>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 align="center">Día Mes Año</p>							

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 15 de 18	Versión 0.5	  
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DIGITAL CESÁREA



### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE INTERVENCIÓN CESÁREA

Con fecha \_\_\_\_\_ he sido informada por la/el Médica/o sobre las formas de atención de parto disponibles y las que se ajustan tanto a mi condición clínica actual, como las de mi hijo/a.

En el contexto que:

**Diagnóstico:**

1	Debo ser sometida a intervención cesárea por indicación médica dado a mi diagnóstico clínico y/o el diagnóstico clínico de mi hijo/a,	
2	A pesar de haber sido informada de las ventajas del parto vaginal y los riesgos asociados a la cesárea, rechazo la opción de parto vaginal, con el fin de acceder a una cesárea programada.	

**Manifiesto mi voluntad de ser sometida a este procedimiento.**



He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar y los cuidados que debo tener antes y después de ella. Además, comprendo y acepto el alcance y los riesgos que conlleva el acto quirúrgico (hemorragia materna, mayor duración de mi hospitalización, aumento de la morbilidad respiratoria neonatal, mayor riesgo de placenta previa o acreta y rotura uterina en embarazos posteriores, entre otras).

Declaro no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales (artículo 36 de ley N° 20.584).

He comprendido la información que se me ha entregado, teniendo a la vista un documento informativo del procedimiento que se utilizará; he tenido la posibilidad de aclarar las dudas y de hacer preguntas, las que me han sido respondidas a mi total conformidad.

RUT:	Firma:
Nombre médico:	
	Firma:
Nombre Ministro de fe/asistente para la lectura del consentimiento de discapacidad psíquica o intelectual o facilitador intercultural o familiar o representante (cuando procede):	
RUT: -	Firma:

**ANEXO Nº 5**

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 16 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

## CONSENTIMIENTO INFORMADO DIGITAL CESÁREA CREOLÉ



### KONSANTMAN ENFOME POU REYALIZE ENTEVANSYON SEZARYÉN

Nan dat .....Dokte a te enfome'm ki fòm swen pou akouchman ki disponib e sa ki adapte kondisyon klinik ak yel mwen o sino ak sante pitit la.

Nan konteks sa:

Diagnostik:

1	Mwen dwe soumet avek entevansyon sezaryen medsen an te bay endikasyon sou dyagnostik klinik mwen avek timoun nan	
2	Menm le yo te enfome sou avantaj ki genyen nan akouchman nomal ak risk ki genyen, ki asosye avek sezaryén mwen rejte opsyon pou akouchman nòmal poum ka jwenn akse ak sezarén pwogramé	



**Mwen manifeste volonte mwen poum soumet avek pwosesis sa.**

Mwen te konprann kondisyon an ak objektif operasyon ki pral fet sou mwen an ak swen mwen dwe genyen avan ak apre sa, anplis sa mwen konprann epi aksepte sije a ki abòde a ak risk ki enplike nan aksyon chirijik la tankou (emoraji, anpil tan nan ospitalizasyon an, ogmantasyon nan mobilite respiratwa nan bebe a, risk nan ogan ki devlope matris lan epi pou evite kraze matris ou nan gwoses ki gen pou vinn apre) ect..

Mwen deklare mwen pa inyore, ni mete plis enfomasyon sou eta sante mwen, espesyalman nan sak gen relasyon ak maladi, aleji oswa risk pesonèl ((atik 36 nan Lwa N° 20.584).

Mwen konprann enfomasyon ou banm yo, lem we yo dokiman enfomatif sou pwosesis la ki pral itilize a, mwen te gen posibilite poum te klarifye dout yo epi poze kesyon ki te reponn ak tout satisfaksyon.





	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 17 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

Mwen Konprann,nan nenpot kile sanm pa bezwen bay okenn eskplikasyon mwen kapab revoke konsantman mwen bay kounyea


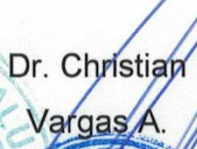
**Non fanm:**

RUT/CP:	Siyati :
<b>Non dokté a</b>	
RUT:	Siyati :
<b>Non Minis lafwa/asistan pou lekti si gen andikap mantal oswa entelektyel /fasilite entekiltirel oswa fanmi ,reprezantan (le wap aplikel):</b>	
RUT:	Siyati :

	<b>HOSPITAL SAN PABLO COQUIMBO</b>  <b>PROTOCOLO OBTENCION CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Página 18 de 18	Versión 0.5	
		Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente		
		Fecha de Vigencia: Agosto 2027		

## ANEXO N° 6

### HOJA DE ACTUALIZACION DE DOCUMENTACIÓN

Elaborado por ó Modificado por	Revisado por	Autorizado por	Páginas Sustituidas	Fecha de Modificación		
				Día	Mes	Año
Enf. María T. Lizana M. Jefa (s) DCSP	 Dr. Mauricio Maureira A. SDGCAC	 Dr. Christian Vargas A. Director (s)	8,9,10 y 11  Se incorpora manejo paciente U. Prequirúrgica	13	09	2022