Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud	**FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	Hospital Clínico MAGALLANES

Punta Arenas, _____ /_____ /_____

Nombre del paciente_____
(Nombre y apellidos)

RUT del Paciente _____

Nombre del representante_____
(Nombre y apellidos)

RUT del representante _____ en mi condición de _____
(tutor, representante, acompañante)

Declaro que el médico me ha explicado de manera satisfactoria qué es el procedimiento/intervención _____

_____

las características del mismo, los objetivos y beneficios que tiene su realización y también los riesgos y complicaciones potenciales que se asocian a su ejecución. Igualmente, declaro que he podido hacer preguntas, aclarar dudas y que puedo revocar mi consentimiento antes del procedimiento, sin que esto perjudique mi atención.

_____ _____

Nombre y Apellido del Médico Firma paciente o representante

_____

Firma del Médico

Servicio de Salud Magallanes Región de Magallanes Ministerio de Salud	**FORMULARIO CONSENTIMIENTO INFORMADO**	Hospital Clínico MAGALLANES

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

Nombre del paciente_____
(Nombre y apellidos)

Nombre del representante_____
(Nombre y apellidos)

RUT del representante _____ en mi condición de _____
(tutor, representante, acompañante)

Revoco el consentimiento dado con fecha _____

y declaro que tras la información recibida, no acepto ni consiento que el personal médico realice el procedimiento / intervención _____

_____

entendiendo y asumiendo los riesgos y complicaciones que se pudieran presentar.

_____ _____

Nombre y Apellido del Médico Firma paciente o representante

_____

Firma del Médico

Punta Arenas, _____/_____/_____

Resolución Exenta Nº 14450
10/12/2018