

**6. CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL PARA  
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:

RUT DEL PACIENTE:

NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE SI LO HUBIERE:

RUT DEL REPRESENTANTE:

FECHA DE OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO:

DIAGNÓSTICO:

OJO : OD----- OI----- ODI-----

Declaro, en conformidad a lo señalado en la ley N° 20.584 y lo dispuesto en el Decreto Supremo N°31 del Ministerio de Salud, del 15 de junio del 2012, haber recibido de parte del profesional que firma, información satisfactoria sobre mi cuadro clínico, características y objetivos del procedimiento, diagnóstico, tratamientos disponibles, pronósticos y las potenciales complicaciones o riesgos de la intervención.

Por consiguiente, declaro expresamente haber entendido la información provista, habiendo tenido la oportunidad de formular preguntas y dudas respecto a las variables señaladas en el párrafo anterior, las que han sido contestadas y aclaradas a mi entera satisfacción.

Por lo anteriormente expuesto doy mi consentimiento en forma libre, voluntaria, expresa e informada para ser sometido(a) al procedimiento quirúrgico de.....

Así mismo, consiento en toda maniobra que el equipo de profesionales considere necesarias de implementar para el caso que ocurrieren situaciones no esperadas o complicadas, y/o traslado a otro centro de ser necesario.

NOMBRE, RUT Y FIRMA  
PACIENTE O REPRESENTANTE

NOMBRE, RUT Y FIRMA  
PROFESIONAL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO