

AUTORIZACION PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCOPICOS

NOMBRE PACIENTE: _____ RUT: _____

EDAD: _____ DOMICILIO: _____

NOMBRE ACOMPAÑANTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

1) Por la presente solicito y autorizo at Dr.(a) _____ efectuar el siguiente procedimiento _____ en CEDID.

2) Solicito y autorizo los tratamientos y/o intervenciones adicionales no programadas que se estime necesarios y convenientes frente a cualquier imprevisto que pueda producirse durante mi atención o subsecuente tratamiento.

3) Autorizo que se me suministre los anestésicos y medicamentos que el médico estime necesarios y convenientes.

4) Por ultimo solicito y autorizo mi traslado a cualquier otro establecimiento de salud de la Región para mi atención médica, si esto fuere necesario, a exclusivo criterio del Dr.(a) _____ que realice el procedimiento o de quién éste indique.

5) Declaro que se me ha explicado en detalle, que conozco y he comprendido el procedimiento endoscopico a que voy a ser sometido, sus fines, riesgos que involucra, las posibles complicaciones, efectos colaterales y molestias que puedan producirme.

Firma Paciente

Firma Acompañante

Firma Médico

LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDADES

Mediante la presente dejo constancia de mi rechazo voluntario al procedimiento propuesto por mi médico tratante y consiste en _____ He sido debidamente informado que mi negativa podrá dañar mi salud y eventualmente poner en peligro mi vida, por lo que asumo toda responsabilidad derivada de ello. Libero, por lo tanto, de toda responsabilidad al Centro de Diagnóstico Digestivo (CEDID) así como al personal que de él depende.

Firma Paciente

Firma Acompañante

Viña del Mar, _____ de _____ de 20 _____