

Consentimiento informado

Paciente hospitalizado en neonatología

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por el paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Su hijo/a recién nacido/a ha ingresado a la Unidad de Neonatología por presentar una condición clínica que podría poner en peligro su vida.

Para ayudar a mantener con más garantía su vida, éste deberá ser sometido a una serie de procedimientos que se denominan soporte vital: ventiladores mecánicos, maniobras de reanimación, las canalizaciones de arterias y venas, punción pleural, punción lumbar, el uso de medicamentos de uso extraordinario, transfusiones (sangre o hemoderivados), el traslado a otro centro en caso de no tener posibilidad de resolverlo en nuestro servicio, son algunos de ellos.

Estos procedimientos necesarios para mantener la vida de su hijo/a, involucran una serie de riesgos, incluyendo riesgo vital. Cuando hay que recurrir a estas medidas es generalmente con urgencia, por lo tanto, no hay tiempo para informar a sus padres o familiares.

Aunque la Unidad de Neonatología cuenta con protocolos y procedimientos de atención segura del recién nacido, orientados a disminuir dichos riesgos, importante que Ud. sepa que siempre existe la posibilidad de alguna complicación.

Estas pueden ser:

- Hemorragias, infecciones o trombosis al puncionar arterias y venas. alguna de estas complicaciones puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Infecciones, roturas del pulmón (neumotórax) o el desarrollo de enfermedad pulmonar crónica por ventilación mecánica.
- Reacciones adversas a algunos medicamentos.
- Forma parte del soporte vital el uso de sangre o derivados de ella.
- Las maniobras de reanimación, durante paro cardiaco, pueden ocasionar lesiones en las costillas, en la piel y en otros órganos.
- Adquirir infecciones durante su estadía debido a sus escasas defensas.

Los beneficios que generan las medidas de soporte vital superan en mucho a los perjuicios de sus complicaciones. Todas estas complicaciones tienen tratamiento. Sin embargo, en un mínimo porcentaje de casos pueden ser muy graves e incluso provocar la muerte.

El propósito de este documento es informarle de los procedimientos que se utilizan más habitualmente en cuidados de su hijo/a mientras se encuentre hospitalizado

Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

Completar sólo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: