



Mat.: Aprueba “*Protocolo para la aplicación de Consentimiento Informado*”.

Santiago.

VISTOS, Lo dispuesto en:

1. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763, de 1979, y de las leyes N°s. 18.933 y 18.469;
2. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1/19.653, de 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado;
3. La Ley N°19.880, sobre Bases de los Procedimientos Administrativos de los Órganos del Estado;
4. Los Decretos Supremos N°140 y N°38, de 2004 y 2005, respectivamente, ambos del Ministerio de Salud; sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, respectivamente;
5. La Resolución N°7 de 2019 y N°16 de 2020 de la Contraloría General de la República.
6. La Resolución Exenta RA N°116675/92/2024, de 30 de enero de 2024, que modifica la Resolución Exenta RA N°116675/419/2023, del Servicio de Salud Metropolitano Central, que nombra en calidad de titular el cargo de Director del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.
7. La Resolución Exenta N°3.195, de 2024, del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, que establece jefaturas, determina subrogancia



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

para los cargos de Director, Subdirector, Jefes y Encargados de Unidades, del Hospital de Urgencia Asistencia Pública;

CONSIDERANDO

a) Que, la tradicional relación médico-paciente basada esencialmente en el principio de beneficencia con su carga de paternalismo, vigente desde tiempos de Hipócrates de Cos, ha dejado paso a la moral de autonomía, de origen en la Ilustración. La conquista y característica fundamental de la Modernidad fue la conceptualización de las personas como seres intelectual y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión, para gobernar su propia vida, sus propias creencias religiosas, sus propias convicciones políticas, decidir sus propias escalas de valores y sus propias ideas del bien y de la felicidad. Para garantizar ello en la práctica médica y en la investigación clínica, se gestaron jurídicamente las conductas morales y éticas que deben observarse en la relación médico-paciente, iniciándose aquí la práctica del Consentimiento Informado con raíces jurídicas y éticas.

b) Que, la teoría jurídica del Consentimiento Informado no acepta que éste sea algo voluntario, que dependa del grado de excelencia de los profesionales; dice que es una exigencia ético-jurídica ineludible, que se ha ido codificando históricamente como norma jurídica, porque no respetar las decisiones autónomas de las personas es hacerles daño en su esfera moral y no respetarlos como personas, como sujetos morales capaces de tomar sus propias decisiones.

c) Que, actualmente nos encontramos con una relación de tipo democrática y horizontal, en el que se pasa de un modelo de moral único a un modelo pluralista, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona, donde la dignidad de la persona es indiscutible y constituye el fundamento principal de todo ordenamiento. Precisamente por ello, el Consentimiento Informado está catalogado entre los más importantes derechos humanos.



d) Que, el paciente por el hecho de serlo y acudir a la asistencia médica, no pierde su dignidad de persona humana ni los derechos que le son inherentes, entre los que se encuentra la libertad y, más en concreto, el derecho autodeterminación, con relación a su salud, para que pueda tomar decisiones referentes a su enfermedad. En sí, el derecho consiste en la autonomía de la persona para decidir por sí misma acerca de su vida e integridad física, afectada por una enfermedad, con relación al sometimiento a un tratamiento o actuación médica, sin presión de ninguna naturaleza, ni imposición de persona alguna. Y este derecho a decidir por sí mismo puede ser ejercido inmediatamente antes de cada específica actuación médica (Consentimiento Informado), o como una previsión futura, en un momento en que goza de plena capacidad, para el caso en que pierda dicha capacidad de decidir por sí mismo (Testamento vital o expresión de Voluntades anticipadas).

e) Que, su fundamento se encuentra en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Artículo 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. En la fundamentación del enfoque de derechos humanos en la salud, el paciente adquiere la categoría de sujeto moral titular de derechos humanos, el bien jurídico que se pretende defender con el Consentimiento Informado, es un abanico de libertades y derechos que comparten como núcleo central la dignidad humana, tales como: libertad, autodeterminación, confidencialidad, intimidad, veracidad, atención médica, rechazar una intervención.

f) Que, el Consentimiento Informado es un instrumento ético insustituible en la protección de pacientes y probandos, concebido como un derecho a recibir información y como el derecho a la autodeterminación. La expresión paradigmática de la autonomía en medicina se expresa en el Consentimiento Informado, que es una obligación ético-jurídica correlativa al derecho de los pacientes a que se respete su autonomía. Su fundamento ético básico, en lo relativo a los profesionales, es el principio de



no maleficencia, y si no lo respetan pueden incurrir en un delito penal o puede exigírseles responsabilidades civiles.

g) Que, el Consentimiento Informado constituye un estándar de calidad de los servicios hospitalarios. Los profesionales a cargo deben y tienen que familiarizarse con este nuevo estilo de relación, enseñarla a las nuevas generaciones y hacer de ésta una herramienta imprescindible dentro de la atención segura hacia los pacientes.

h) Que, en este protocolo se establece como objetivo específico:

i. Establecer la correcta aplicación del consentimiento informado, tanto verbal como escrita, en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, según como lo indica el artículo 10 Y 14 de la ley 20.584 de Derechos y Deberes de los pacientes, resguardando principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

ii. Reconocer y respetar la autonomía del paciente en la toma de decisiones médicas como consecuencia y expresión de su dignidad.

iii. Definir la información que se debe entregar al paciente, relacionada con el procedimiento y/o cirugía a realizar, evitando el lenguaje técnico al hacerlo.

iv. Enumerar los procedimientos que requieren consentimiento informado escrito, a fin de estandarizar los procesos que requieren de la participación del paciente.



v. Dar cumplimiento a estándares de calidad establecidos en el manual de acreditación de prestadores institucionales, en el ámbito Dignidad del Paciente.

i) Que, de conformidad con lo anterior, en el ejercicio de lo dispuesto en el artículo 23 letra c) del Decreto Supremo N°38. De 2005, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, según el cual le corresponde al Director organizar internamente el Establecimiento Autogestionado y;



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>


j) asignar las tareas correspondientes, con el fin de atender las necesidades públicas o colectivas de una manera regular, continua y permanente, como lo ordenan los artículos 3° y 28 de la Ley N°18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, y con la finalidad de establecer la *séptima versión* del “Protocolo para la aplicación de Consentimiento Informado”, dicto la siguiente:

k) RESOLUCIÓN

I. **APRUÉBANSE** la *séptima versión* del “Protocolo para la aplicación de Consentimiento Informado”, que es del siguiente tenor:

 Servicio de Salud Metropolitano Central Ministerio de Salud	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO				
	CÓDIGO DP 2.1	VERSIÓN 07	FECHA 02/2025	VIGENCIA 5 años	N° PÁGINAS 39



Revisado Por:	Aprobado Por:
 Firmado por: Karla Andrea Alfaro Flores Jefatura Calidad y Seguridad del Paciente Fecha: 10-03-2025 14:37 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río	 Firmado por: Patrio Raúl Barria Alief Director Huap Fecha: 13-03-2025 12:56 CLT Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
<https://doc.digital.gob.cl/validador/N56YR5-457>



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 2 de 39

ÍNDICE


I.	Introducción	3
II.	Objetivos.....	5
III.	Alcance	6
IV.	Definiciones	6
V.	Responsables	8
VI.	Desarrollo	9
VII.	Distribución	16
VIII.	Referencias bibliograficas.....	16
IX.	Modificaciones del documento.....	18
X.	Anexos.....	20



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 3 de 39

I. INTRODUCCIÓN

La tradicional relación médico-paciente basada esencialmente en el principio de beneficencia con su carga de paternalismo, vigente desde tiempos de Hipócrates de Cos, ha dejado paso a la moral de autonomía, de origen en la Ilustración. La conquista y característica fundamental de la Modernidad fue la conceptualización de las personas como seres intelectual y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión, para gobernar su propia vida, sus propias creencias religiosas, sus propias convicciones políticas, decidir sus propias escalas de valores y sus propias ideas del bien y de la felicidad. Para garantizar ello en la práctica médica y en la investigación clínica, se gestaron jurídicamente las conductas morales y éticas que deben observarse en la relación médico-paciente, iniciándose aquí la práctica del Consentimiento Informado con raíces jurídicas y éticas.

La teoría jurídica del Consentimiento Informado no acepta que éste sea algo voluntario, que dependa del grado de excelencia de los profesionales; dice que es una exigencia ético-jurídica ineludible, que se ha ido codificando históricamente como norma jurídica, porque no respetar las decisiones autónomas de las personas es hacerles daño en su esfera moral y no respetarlos como personas, como sujetos morales capaces de tomar sus propias decisiones.

Actualmente nos encontramos con una relación de tipo democrática y horizontal, en el que se pasa de un modelo de moral único a un modelo pluralista, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona, donde la dignidad de la persona es indiscutible y constituye el fundamento principal de todo ordenamiento. Precisamente por ello, el Consentimiento Informado está catalogado entre los más importantes derechos humanos.


El paciente por el hecho de serlo y acudir a la asistencia médica, no pierde su dignidad de persona humana ni los derechos que le son inherentes, entre los que se encuentra la libertad y, más en concreto, el derecho autodeterminación, con relación a su salud, para que pueda tomar decisiones referentes a su enfermedad.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 4 de 39

En sí, el derecho consiste en la autonomía de la persona para decidir por sí misma acerca de su vida e integridad física, afectada por una enfermedad, con relación al sometimiento a un tratamiento o actuación médica, sin presión de ninguna naturaleza, ni imposición de persona alguna. Y este derecho a decidir por sí mismo puede ser ejercido inmediatamente antes de cada específica actuación médica (Consentimiento Informado), o como una previsión futura, en un momento en que goza de plena capacidad, para el caso en que pierda dicha capacidad de decidir por sí mismo (Testamento vital o expresión de Voluntades anticipadas).

Su fundamento se encuentra en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Artículo 1: *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”*. En la fundamentación del enfoque de derechos humanos en la salud, el paciente adquiere la categoría de sujeto moral titular de derechos humanos, el bien jurídico que se pretende defender con el Consentimiento Informado, es un abanico de libertades y derechos que *comparten como* núcleo central la dignidad humana, tales como: libertad, autodeterminación, confidencialidad, intimidad, veracidad, atención médica, rechazar una intervención.

El Consentimiento Informado es un instrumento ético insustituible en la protección de pacientes y probandos, concebido como un derecho a recibir información y como el derecho a la autodeterminación. La expresión paradigmática de la autonomía en medicina se expresa en el Consentimiento Informado, que es una obligación ético-jurídica correlativa al derecho de los pacientes a que se respete su autonomía. Su fundamento ético básico, en lo relativo a los profesionales, es el principio de no maleficencia, y si no lo respetan pueden incurrir en un delito penal o puede exigírseles responsabilidades civiles.


El Consentimiento Informado constituye un estándar de calidad de los servicios hospitalarios. Los profesionales a cargo deben y tienen que familiarizarse con este nuevo estilo de relación, enseñarla a las nuevas generaciones y hacer de ésta una herramienta imprescindible dentro de la atención segura hacia los pacientes.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 5 de 39

II. OBJETIVOS

General:

Establecer la correcta aplicación del consentimiento informado, tanto verbal como escrita, en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, según como lo indica el artículo 10 Y 14 de la ley 20.584 de Derechos y Deberes de los pacientes, resguardando principios éticos esenciales en el trato que se le otorga.

Específicos


1. Reconocer y respetar la autonomía del paciente en la toma de decisiones médicas como consecuencia y expresión de su dignidad.
2. Definir la información que se debe entregar al paciente, relacionada con el procedimiento y/o cirugía a realizar, evitando el lenguaje técnico al hacerlo.
3. Enumerar los procedimientos que requieren consentimiento informado escrito, a fin de estandarizar los procesos que requieren de la participación del paciente.
4. Dar cumplimiento a estándares de calidad establecidos en el manual de acreditación de prestadores institucionales, en el ámbito Dignidad del Paciente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 6 de 39

III. ALCANCE

- Médicos o profesionales tratantes de Servicios Clínicos y de Apoyo, del Hospital de Urgencia Asistencia Pública, involucrados en los procedimientos descritos en el presente documento.

IV. DEFINICIONES


- Formulario de Consentimiento Informado: Documento en el que se detalla por escrito con un formato y estructura determinada, el fin, beneficios y riesgos, respecto a intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, o que conlleven un riesgo importante para la salud, y que garantiza que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente, para ejercer su derecho de participación en la toma de decisiones. Sirve para apoyar el proceso oral registrarlo y monitorizarlo y, por último, para probar legalmente que se dio información y se obtuvo el consentimiento o su denegación.
- Formulario de revocación: Documento en el que manifiesta su decisión de anular el documento "Formulario de Consentimiento Informado" firmado anteriormente.
- Procedimiento invasivo: Es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado físicamente con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio, por accesos no naturales. Son técnicas de uso frecuente de las que se benefician un importante número de pacientes al mejorar su calidad de vida o evitarles tratamientos más agresivos.
- Angiografía intervencional: Procedimiento que utiliza un catéter, la guía por rayos X y una inyección de medio de contraste para examinar los vasos sanguíneos en áreas clave del cuerpo para identificar anomalías tales como aneurismas y enfermedades como la aterosclerosis (placa).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 7 de 39


- Imagenología Intervencional: Es el uso de métodos guiados por imágenes para acceder a intersticios, cavidades, órganos o sistemas, con el objeto de inyectar medios de contraste en forma selectiva, obtener muestras y/o tratar percutáneamente algunas condiciones que de otro modo requerirían cirugía. Las técnicas incluyen el uso de balones, catéteres, micro-catéteres, stents, etc.
- Capacidad de toma de decisiones: Habilidad de comprender la información relevante para tomar una decisión en un momento específico que afecta su salud y apreciar las consecuencias razonablemente predecibles que derivan de esta decisión.
- Voluntades anticipadas: Es la manifestación escrita realizada por una persona que consciente y libremente expresa las opciones e instrucciones en materia de su salud que deben respetarse en el caso que concurren circunstancias clínicas en las cuales no pueda expresar su voluntad.
- Relaciones de Sustitución: cuando se declara a un paciente incompetente, la decisión corresponde a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, o al médico. La delegación de las decisiones a su representante se basa en el supuesto de que éste representa mejor los intereses del paciente, conoce sus valores y objetivos vitales, y se espera que, en general, esté movido por el amor hacia el paciente.
- Autonomía: Se expresa en la capacidad para tomar decisiones, actuar intencionalmente, en ausencia de influencias externas, y expresar la voluntad tomando en cuenta las consecuencias que dichas decisiones tienen para la salud y para el futuro
- Discernimiento: Presencia de un cierto número de habilidades, fundamentalmente psicológicas (afectivas, cognitivas, volitivas) que permiten tomar en forma autónoma una decisión concreta en un momento determinado.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 8 de 39

- Incapacidad: Existe incapacidad del paciente de manifestar su voluntad (se encuentra bajo sedación, con alteración de conciencia o inconsciencia).
- Incompetencia: El paciente es incompetente para tomar decisiones, es decir las funciones o capacidades que deben estar presentes para que la decisión del paciente sea informada y voluntaria no se encuentran (habilidad para comunicar decisiones, discapacidad mental, dificultad de entendimiento, apreciar la situación y sus consecuencias).

El Derecho Civil Chileno, en tanto, distingue:

- Capacidad de goce: Aptitud legal de las personas para adquirir derechos y obligaciones.
- Capacidad de ejercicio: Aptitud de las personas para obrar por sí mismas sin el ministerio o autorización de otro, lo que supone la existencia de voluntad con responsabilidad y con libertad en actos.

V. RESPONSABLES

1. De la ejecución del consentimiento informado:

- Médico u otro Profesional tratante que realiza el procedimiento.

2. De supervisar el cumplimiento del presente protocolo:


- Jefe de Unidad Clínica o Apoyo correspondiente al procedimiento o intervención realizada.
- Subdirección Gestión del Cuidado.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 9 de 39

3. De la evaluación:

- Jefe de Unidad Clínica o Apoyo correspondiente al procedimiento o intervención realizada.

VI. DESARROLLO

1. Consentimiento Informado Escrito

1.1 Casos en que debe requerirse Consentimiento Informado Escrito:

- Pacientes sometidos a Cirugías Mayores.
- Pacientes que requieren procedimientos endoscópicos.
- Pacientes que requieren procedimientos de imagenología intervencional: Angiográficos.
- Realización del examen para detección del VIH [Ley19.799].

**“La administración intravascular de un medio de contraste para un determinado estudio imagenológico, no constituye por sí solo un procedimiento de imagenología intervencional, ya que lo será en la medida que, tal como lo señala la definición, el procedimiento tenga como finalidad la obtención de manera simultánea de obtener muestras y/o tratar percutáneamente algunas condiciones”. (Nota Técnica N°8 Superintendencia de Salud, Sociedad Chilena de Radiología, enero, 2020.)*


**“En aquellos consentimientos informados que se obtienen en un mismo paciente, bajo el contexto de un manejo terapéutico único, en el cual los procedimientos quirúrgicos son parte del tratamiento programado, no cambiando la intención entre una cirugía y otra (estado inicial del paciente), será válido demostrar con tan sólo un consentimiento informado la totalidad de las intervenciones” (respuesta Superintendencia agosto 2014).*



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 10 de 39

1.2 Características del Formulario de Consentimiento Informado Escrito: Procedimiento a realizar.

Los procedimientos enumerados en el apartado precedente, cuentan con formulario de Consentimiento Informado en pleno uso en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública, y estos se consideran válidos solamente cuando:

Por medio de la firma, en el formulario explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse, **el paciente o su representante legal, expresan que recibieron de parte del médico que realiza el procedimiento u otro profesional tratante y del mismo prestador, la información sobre los objetivos de la intervención, sus características y potenciales riesgos.** (artículo 10 y 14 de la Ley 20.584). Se podrá utilizar la huella digital en los casos que está sea su forma de identificarse en la Cédula de Identidad.

1.3 El formulario escrito del Consentimiento Informado debe contener los siguientes datos:

- Procedimiento o cirugía a realizar.
- **Identificación del paciente** y del profesional responsable (nombre, apellido de ambos y rut).
- **Firma del paciente** y profesional responsable.
- Identificación y firma del representante legal cuando corresponda.
- **Fecha de la obtención del consentimiento.**

1.4 Procedimiento de obtención del Consentimiento Informado:


- Para cada procedimiento descrito en el apartado anterior, el médico responsable del paciente u otro profesional tratante, debe conseguir el formulario en el que se consiente o rechaza, específicamente el procedimiento o intervención a realizar. Los formularios están a disposición de los profesionales, en las unidades clínicas o unidades de apoyo.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 11 de 39

- Respecto al lugar donde se obtiene la firma del formulario, es importante evitar que el paciente se sienta desvalido y vulnerable; esto significa que, idealmente, el enfermo no esté sedado, dolorido, o nervioso por la proximidad de un procedimiento. Es deseable que el consentimiento informado se realice en un ambiente adecuado tanto para el profesional que entrega la información como para el paciente o representante legal.
- Cuando sea posible, se debe buscar un lugar donde conversar con tranquilidad, sin interrupciones y asegurando la privacidad del paciente o representante legal o tutor, y la confidencialidad de la información. Cuando se trata de pacientes hospitalizados donde no es posible generar este espacio, se debe intencionar una conversación que denote tranquilidad y el paciente sienta libertad para tomar una decisión, utilizando habilidades relacionales básicas.

2. Entrega de Información de Consentimiento Informado:

- El médico o profesional tratante que realiza el procedimiento, debe proporcionar información adecuada de la forma más sencilla y clara posible, que permita al paciente asumir una decisión con conocimiento de causa.
- Este proceso supone y exige que la presentación de la información al paciente sea comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida en forma libre y sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente, en caso contrario, el documento se considera inválido.

2.1 Descripción de la información a entregar:


- Sobre qué se está pidiendo consentimiento (nombre del procedimiento).
- Para qué se va a hacer el procedimiento o tratamiento (objetivos claros).



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 12 de 39

- Qué se espera obtener como resultado (beneficios esperados a corto, medio y largo plazo).
- Características del procedimiento o intervención a realizar.
- Riesgos más frecuentes, más graves y personalizados.
- Qué alternativas existen a lo que se está proponiendo con sus riesgos, molestias y efectos secundarios.
- Qué ocurriría clínicamente si el paciente decide no acceder a lo que se le ofrece. (riesgos de no tratarse o aceptar un procedimiento).
- Qué hacer si necesita más información (a quien preguntar, dónde y cómo, información completa y continuada).
- Qué hacer si cambia de idea frente al consentimiento otorgado o rechazado (alternativa de denegación).

Los riesgos no deben minimizarse, las palabras “simple”, “habitual”, “rarísimo” o “riesgo menor” no deben emplearse, asimismo evitar las frecuencias estadísticas numéricas del tipo “de cada 100 sujetos a los que se le hace este procedimiento, a 2 se les puede presentar este problema”.

Antes de firmar, se debe consultar al paciente acerca si ha comprendido, si tiene dudas o necesita tiempo o información adicional.

3. Aplicación del Formulario Consentimiento Informado:


- Verificar la competencia y/o capacidad del paciente, definir si éste puede firmar o debe ser representado, y en este último caso, decidir si es prudente esperar la firma del representante legal o apoderado, atendiendo a su gravedad.
- Entregar información al paciente y/o representante legal.
- Utilizar un lenguaje comprensible sin sesgo de información.
- Explicitar el derecho a revocación o anulación.
- Entregar al paciente el documento consentimiento informado correspondiente al procedimiento a realizar. Dar un tiempo para la lectura del documento por parte del paciente.
- Registrar procedimiento o cirugía a realizar.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 13 de 39

- Registrar datos de identificación del paciente o representante legal (cuando corresponda) primer nombre, primer apellido y firma en el espacio correspondiente.
- Identificación del profesional primer nombre, primer apellido, RUT y firma en el espacio correspondiente.
- Consignar fecha.
- Archivar en ficha clínica.

4. Situaciones Especiales:

Menores de edad: Cuando el paciente es menor de edad (menor de 18 años), el consentimiento escriturado se realiza con un representante legal (padres, o quien tenga esa atribución legal, en caso de contar con ellos). No obstante, es deseable, que, estando el paciente en condiciones de recibir la información, sea informado del tipo de intervención o procedimiento a realizar, quien asume la responsabilidad de decidir por el paciente, debe cumplir los siguientes objetivos:

- Preservar la salud y la vida.
- No privar o disminuir la libertad de elección.
- Evitar o aliviar el dolor y el sufrimiento.

Incapacidad y/o Incompetencia: En ambos casos, **cuando no es posible obtener el consentimiento de su representante legal**, por no existir o por no ser habido, será el médico quien deberá asumir su representación.

En estos casos, se deben tomar las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida.

Cuando a juicio del médico, el tratamiento o procedimiento sugerido es fundamental para la salud del paciente y éste no admite realizarlo poniendo en riesgo su vida, deberá solicitar la opinión del Comité de Ética Asistencial, por medio de los conductos institucionales.


Dificultades de entendimiento – Alteración de conciencia: En los casos donde existan barreras idiomáticas o de comunicación sensorial (ej: hipoacusia), se deben facilitar dentro de lo posible ayudas técnicas que permitan otorgar el entendimiento entre ambas partes.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 14 de 39

En el caso donde no existiese la capacidad de entendimiento, pese a los esfuerzos realizados, el consentimiento debe ser autorizado y firmado por algún familiar o representante legal del paciente o en su defecto por la persona a cuyo cuidado se encuentre éste.

“En caso de las dificultades idiomáticas, se debe disponer de Consentimiento Informado en los idiomas de los pacientes que atiende de manera regular o disponer de traductor acorde. No corresponde que terceros o profesionales tratantes consientan por el paciente en estos casos” (respuesta Superintendencia de Salud, junio 2024).

5. Uso del apartado para firmas:

La segunda hoja del formulario de consentimiento informado presenta tres cuadros de firma, dependiendo de la situación, el médico debe registrar según se indica:

- **Utilizar el cuadro consentimiento:** Cuando el paciente es evaluado como capaz y competente de tomar la decisión.
- **Utilizar el cuadro denegación:** Cuando el paciente rechaza la intervención o procedimiento indicado.
- **Utilizar el cuadro emergencia:** Cuando el paciente se encuentra en riesgo vital inminente.
- **Utilizar el párrafo incompetencia o incapacidad:** Cuando el paciente no es competente y/o capaz de tomar la decisión, en estas circunstancias corresponde al representante legal del enfermo firmar el documento.

6. Uso del formulario de Revocación:


Si el paciente manifiesta su decisión de anular el documento “Formulario de Consentimiento Informado” firmado anteriormente, consintiendo la ejecución del procedimiento o intervención indicada, se debe:



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 15 de 39

- Entregar al paciente el documento de Revocación del Consentimiento Informado.
- Dar un tiempo para la lectura del documento por parte del paciente.
- Registrar datos de identificación del paciente o representante legal según corresponda y del médico (primer nombre, primer apellido), firmar ambos en el espacio correspondiente.
- Consignar fecha de la firma.
- Archivar en ficha clínica.

6.1 Si el paciente consiente y revoca el consentimiento informado y posteriormente consiente nuevamente, se debe realizar un nuevo formulario de consentimiento informado.

7. Consecuencias de no obtener el consentimiento informado:

En el marco de la ley 20584, la no obtención del consentimiento informado constituye un incumplimiento de los derechos del paciente, exponiendo al médico a responsabilidades civiles y administrativas, dentro de las cuales:

- Se vulnera el derecho humano fundamental de autonomía del paciente.
- Se asumen las consecuencias de los riesgos NO informados.
- Se responde por negligencia, aún en casos que el acto médico-técnico sea diligente (se discute).

8. Excepciones:

En las siguientes situaciones no se requiere la manifestación de voluntad de la persona, por lo cual el médico está facultado para tomar decisiones sin consultar al paciente:

Motivos de Salud Pública: La falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones en que se requiere decisión informada escrita supone un riesgo para la salud pública, debiendo dejar constancia de ello en la ficha clínica de la persona.


Riesgo Vital: La condición de salud o cuadro clínico de la persona implica riesgo vital y/o secuela funcional grave de no mediar atención médica inmediata e



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 16 de 39

impostergable, y el paciente no se encuentre en condiciones de expresar su voluntad, y no sea posible obtener el consentimiento de la persona que subrogue su decisión.

NO es una excepción el paciente con precaución de aislamiento: “Se deben adoptar las medidas tendientes a obtener el consentimiento del paciente, aun cuando este se encuentre en aislamiento. No corresponde que terceros o profesionales tratantes consientan por el paciente en los escenarios planteados. En tales casos y dados los cambios normativos de obtención de consentimientos por medios digitales (correos, mensajes o grabaciones), mientras aquello quede consignado en la ficha entonces dará cumplimiento a lo exigido” (respuesta Superintendencia de Salud, junio 2024).

VII. DISTRIBUCIÓN

- Dirección.
- Subdirección Gestión Clínica.
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Unidad de IAAS.
- Unidades Clínicas y de Apoyo.
- Unidad Angiografía.
- Unidad Imagenología.
- Banco de Sangre.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS


- Ley N° 20.584 Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas su atención en Salud. 13 abril del 2012.
- Compendio de Circulares que instruyen a las Entidades Acreditadoras sobre la interpretación de las normas del Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud Intendencia de Prestadores de Salud Superintendencia de Salud. Subdepartamento de Gestión de Calidad en Salud Versión N°5, aprobada por Resolución Exenta IP/N°4330, de fecha 26 de octubre de 2020.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 17 de 39


- Superintendencia de Salud, Intendencia de Prestadores envía respuesta a consulta N°1454 referente a aplicación de Consentimiento Informado en pacientes con precauciones de aislamiento y extranjeros, Junio, 2024.
- Nota Técnica N°8 Procedimientos de Imagenología Intervencional: Definiciones. Superintendencia de Salud, Sociedad Chilena de Radiología, enero,2020.
- Guía para la aplicación del Consentimiento Informado Hospital de Urgencia Asistencia Pública V1, año 2008.
- Ministerio de Salud. Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales. Establecimientos de atención cerrada. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Chile, Ministerio de Salud. Diciembre del 2008.
- Sgreccia E. Manual de Bioética. 1ª ed. 1996-2003.
- Simón Lorda P. Recomendaciones para la elaboración de formularios escritos de consentimiento informado. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud.
- Simón Lorda P, Barrio IM, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y práctica (I). Med Clin, 1993; 1100 (17); 659-663.
- Bórquez G, Raineri G, Bravo M. La evaluación de la “capacidad de las personas”: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. Rev. Med Chile,2004; 132: 1243-1248.
- Arenas JA, Trucco CB. Información y consentimiento en la práctica urológica. Revisión de la doctrina, legislación y jurisprudencia. Revista Chilena de Urología, 2006; 71 (1): 9-13.
- Galán Cortés JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev. Med Uruguay, 1999: 15: 5-12.
- León Correa FJ. Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni aternalismo ni medicina defensiva. Revista Biomedicina, Montevideo, 2006; 2 (3): 257-260.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 18 de 39

IX. MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO


SÍNTESIS DE MODIFICACIONES			RESPONSABLE MODIFICACIÓN	APROBADO POR DIRECTOR
VERSIÓN	FECHA	CAUSA DE MODIFICACION		
04	06/2015	Actualización	EU. Ingrid Reyes M. Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.	Dr. Mario Henríquez Ugalde.
05	04/2019	Actualización	EU. Ingrid Reyes M. Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.	Dra. María Eugenia Casanova K.
06	05/ 2024	<p>Actualización.</p> <p>Se modifica nombre del documento: Guía a Protocolo.</p> <p>Se modifican los Objetivos del documento. Pág., n°5.</p> <p>Se agregan nuevas definiciones. Pág., n°7.</p> <p>Se agregar Norma Técnica n°8, SIS “<i>La administración intravascular de un medio de contraste</i>”. Pág., n°9.</p>	<p>Dra. María Cecilia Rojas Urzúa Médico Jefa Unidad Análisis Clínico GRD Diplomada en Bioética PUC Maestría en Bioética ULIA</p> <p>Dra. Pola Rojas Médico Presidenta del Comité de ética Asistencial.</p>	Dr. Patricio Barria Aillef



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 19 de 39


		<p>Se agrega la aplicación de CI en paciente con precaución de aislamiento. Pág., n°15.</p> <p>Se actualiza referencias bibliográficas. Pág., n°17.</p> <p>Se agregan Anexos. Pág., n°20 (formularios de CI y Marco Normativo).</p>		
07	02/2025	Actualización	<p>Dra. María Cecilia Rojas Urzúa Médico Jefa Unidad Análisis Clínico GRD Diplomada en Bioética PUC Maestría en Bioética ULIA</p> <p>Dra. Pola Rojas Médico Presidenta del Comité de ética Asistencial.</p>	Dr. Patricio Barria Ailef



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.


Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 20 de 39

VII. ANEXOS

Anexo N°1: Formulario de Consentimiento Informado para intervención y/o procedimientos quirúrgicos.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Información General:
Estimado paciente: el objetivo de este documento es otorgarle información sobre la indicación de intervención y/o procedimientos quirúrgicos necesaria para el tratamiento de su enfermedad actual. Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

Objetivo de la Intervención:
Se me ha explicado que tengo el diagnóstico de:

.....
(Indicar diagnóstico)

Enfermedad que puede poner en riesgo mi vida, por lo que requiere una intervención/o procedimiento quirúrgico, que me ha sido propuesta por los médicos de esta institución. Existe la alternativa que yo no quiero oponerme, pero también tengo claro que eso implica un mayor riesgo para mi salud que incluso pudiera ser vital.

Características de la Intervención:
Para esta cirugía se necesita anestesia, la que puede ser: regional o general, lo que determinará el médico anestesiólogo según sea lo más apropiado para mi caso; o bien puede requerir anestesia local, la que será administrada por el cirujano en caso de cirugías menores. Anestesia que desde ya autorizo, consciente de que la administración de medicamentos durante ella también implica riesgos pudiendo, aunque infrecuentemente, causar secuelas graves, permanentes, incluso la muerte.

Si durante el procedimiento u acto quirúrgico mi médico descubre una condición o enfermedad imprevista, que a su juicio requiere ser resuelta en la misma operación o bien estima que es razonable hacerlo pues evitará una nueva intervención, lo autorizo para efectuar el procedimiento adicional que estime sea más adecuado para tratarla.


Riesgos y/o complicaciones asociadas:
Se me ha explicado que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico e inherentes a los procedimientos quirúrgicos de urgencia, se pueden presentar Complicaciones, siendo las complicaciones más frecuentes: hematomas, seromas, infecciones de herida operatoria, dehiscencia (apertura) de suturas, hemorragias intra o postoperatoria, con eventual necesidad de reintervenir al paciente, dependiendo de la gravedad del cuadro. Otras complicaciones menos frecuentes como: trombo-embolismo pulmonar, sepsis, depresión o paro cardiorrespiratorio que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica riesgo excepcional de muerte del paciente, y complicaciones tardías ocasionales: granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura); queloides (crecimiento excesivo de cicatriz), hernias en la cicatriz. Es posible se presenten también complicaciones de carácter no quirúrgico, derivadas de enfermedades de base del paciente (hipertensión arterial, diabetes mellitus, EBOC, infartos al miocardio o cerebrovascular previos, postración, demencia, etc) Entiendo que los profesionales tratantes tomarán todas las medidas posibles para que no ocurran, pero este hecho no asegura que no se produzcan. Se me ha dicho que en la práctica de la medicina y cirugía NO se puede asegurar resultados ya que no es una ciencia exacta, pues existe una morbilidad y mortalidad asociada a cualquier acto médico. He comunicado al Dr. (a) la totalidad de mis enfermedades y los medicamentos que consumo para tratarlas, el me ha explicado los riesgos que enfrente a consecuencia de mi estado previo de salud y mi edad. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización de la intervención o procedimientos quirúrgicos, sin necesidad de explicación alguna.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 21 de 39


Fecha.....	Hora.....
CONSENTIMIENTO	
Nombre del Paciente.....	Edad.....
Nombre del Representante Legal..... (en caso de incompetencia o incapacidad).	Edad.....
Causa de la Incompetencia o Incapacidad Autorizo a los médicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro Del Río, para realizarme (o al paciente al cual represento) el siguiente procedimiento o intervención quirúrgica:	
(Indicar nombre del procedimiento o intervención quirúrgica) Y lo que sea necesario efectuar según los hallazgos. He sido informado en detalle acerca de mi enfermedad(o al paciente cual represento) y sobre el objetivo, características y potenciales riesgos de la intervención y/o procedimientos quirúrgicos al que seré (será) sometido, tras haber aclarado mis dudas en entrevista con:	
Médico responsable..... (Registrar primer nombre y primer apellido del médico responsable)	
Por lo que he tomado esta decisión en forma libre y voluntaria.	
Firma y RUN del paciente o representante legal.....	Firma y RUN del médico.....
DENEGACIÓN	
Nombre del Paciente.....	Edad.....
Nombre del Representante Legal..... (en caso de incompetencia o incapacidad)	Edad.....
Causa de la Incompetencia o Incapacidad..... Después de ser informado de la naturaleza y riesgos de la intervención y/o procedimiento quirúrgico propuesto, información que he comprendido tras haber aclarado mis dudas en entrevista con:	
Médico responsable..... (Registrar primer nombre y primer apellido del médico responsable)	
Manifiesto en forma libre y voluntaria de mi DENEGACIÓN O RECHAZO al siguiente procedimiento quirúrgico:..... haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta, por lo que he tomado esta decisión en forma libre y voluntaria.	
Firma y RUN del paciente o representante legal.....	Firma y RUN del médico.....
EMERGENCIA	
El médico que suscribe declara NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO del paciente por tratarse de una EMERGENCIA con necesidad de intervención inmediata e impostergerable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.	
Nombre del Paciente.....	RUN.....
Ficha o DAU.....	Procedimiento.....
Diagnóstico.....	
Médico responsable..... (Indicar Primer nombre y Primer apellido)	Firma y RUN del médico.....



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 22 de 39

Anexo n°2: Formulario de Consentimiento Informado para intervención y/o procedimientos quirúrgicos del servicio de traumatología.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN Y/O PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS DEL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA

Información General:

Estimado Paciente: El objetivo de este documento es otorgarle información sobre la indicación de intervención y/o procedimientos quirúrgicos, cesaría para el tratamiento de su enfermedad actual. Léalo atentamente y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

Objetivo de la Intervención:

Se me ha explicado que tengo el diagnóstico de

.....
(Indicar diagnóstico)

Enfermedad que puede poner en riesgo mi vida, por lo que requiere una intervención y/o procedimiento quirúrgico, que me ha sido propuesta por los médicos de esta institución.

Existe la posibilidad de que yo quiera oponerme, pero también tengo claro que eso implica un mayor riesgo para mi salud, que incluso pudiera ser vital.

Características de la Intervención:

Para esta cirugía se necesita anestesia, la que puede ser regional o general, la cual es determinada por el médico anestesiólogo según sea lo mas apropiado para mi caso, o bien puede requerir anestesia local, la que será administrada por el cirujano en caso de cirugías menores. Anestesia que desde ya autorizo, consciente de que la administración de medicamentos también implica riesgos; pudiendo, aunque infrecuentemente, causar secuelas graves, permanentes, incluso la muerte.

Si durante el procedimiento o acto quirúrgico, mi médico descubre una condición o enfermedad imprevista, que a su juicio requiere ser resuelta en la misma operación o bien estima que es razonable hacerlo, pues evitará una nueva intervención, lo autorizo para efectuar el procedimiento adicional que estime más adecuado para tratarla.

Riesgos y/o complicaciones asociadas:

Se me ha explicado que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico, e inherente a los procedimientos quirúrgicos de urgencia, se pueden presentar complicaciones, siendo las más frecuentes: hematomas (acumulación de sangre), seromas (acumulación de líquido en cicatriz), apraxia (cambios en la sensibilidad de la piel), infecciones en la herida operatoria, urinarias, respiratoria, reacciones alérgicas, dehiscencia (apertura) de suturas, hemorragias intra o post operatoria, lesiones involuntarias en vasos sanguíneos u órganos vecinos a la intervención, no unión en fracturas, rechazo de material de implantes o suturas, luxaciones articulares en prótesis.

Existen complicaciones menos frecuentes como: trombo-embolismo pulmonar, sepsis, depresión o paro cardio-respiratorio. Al mismo tiempo existen complicaciones tardías ocasionales tales como: granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloides (crecimiento excesivo de cicatriz), hemias en cicatriz e infecciones favorecidas por implantes. Entiendo que los profesionales tratantes tomarán todas las medidas posibles para que no ocurran, pero este hecho no asegura que no se produzcan. Se me ha dicho que en la práctica de la medicina y cirugía NO se puede asegurar resultados ya que no es una ciencia exacta, pues existe una morbilidad y mortalidad asociada a cualquier acto médico. He comunicado al Dr. (a) la totalidad de mis enfermedades y los medicamentos que consumo para tratarlas, él me ha explicado los riesgos que enfrente a consecuencia de mi estado previo de salud y mi edad.


Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mi en cualquier momento antes de la realización de la intervención o procedimientos quirúrgicos, sin necesidad de explicación alguna.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 23 de 39

Fecha Hora

CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente Edad

Nombre del Representante Legal Edad

(en caso de incompetencia o incapacidad)

Causa de la incompetencia o incapacidad

Autorizo a los médicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río, para realizarme (o al paciente al cual represento) el siguiente procedimiento o intervención quirúrgica:

(Indicar nombre del procedimiento o intervención quirúrgica)

Y lo que sea necesario efectuar según los hallazgos. He sido informado en detalle acerca de mi enfermedad (o al cliente al cual represento) y sobre el objetivo, características y potenciales riesgos de la intervención y/o procedimientos quirúrgicos al que seré (será) sometido, tras haber aclarado mis dudas en entrevista con:

Médico responsable

(Registrar primer nombre y primer apellido del médico responsable)

Por lo que he tomado esta decisión en forma libre y voluntaria.

.....

Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

DENEGACIÓN

Nombre del Paciente Edad

Nombre del Representante Legal Edad

(en caso de incompetencia o incapacidad)

Causa de la incompetencia o incapacidad

Después de ser informado de la naturaleza de la intervención y/o procedimiento quirúrgico propuesto, información que he comprendido tras haber aclarado mis dudas en entrevista con:

Médico responsable

(Registrar primer nombre y primer apellido del médico responsable)

Manifiesto en forma libre y voluntaria de mi DENEGACIÓN O RECHAZO al siguiente procedimiento quirúrgico:

haciendome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta, por lo que he tomado esta decisión en forma libre y voluntaria.

.....

Firma y RUN del paciente o representante legal Firma y RUN del médico

EMERGENCIA

El médico que suscribe declara NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO del paciente por tratarse de una EMERGENCIA con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Nombre del Paciente RUN

Ficha o DAU Procedimiento

Diagnóstico

Médico responsable


(Indicar primer nombre y primer apellido) Firma y RUN del médico



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 24 de 39

Anexo N° 3: Formulario de Consentimiento Informado para procedimientos endoscópicos.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS

Información General:

Estimado paciente, el objetivo de éste documento es otorgarle información sobre los Procedimientos Endoscópicos diagnósticos y/o terapéuticos. Léalo atentamente y si es preciso, solicite mayor información para aclarar dudas.

Información sobre la intervención y/o procedimiento

El Médico me ha explicado que mi diagnóstico actual es:

y que requiero de:

• **Objetivo del Procedimiento:**

Se me ha informado que el objetivo de este procedimiento es contribuir al diagnóstico y/o tratamiento de patologías relacionadas con mi diagnóstico actual.

• **Características del Procedimiento:**

Se me ha explicado que con el procedimiento endoscópico se realiza con un tubo flexible que se introduce por: boca, nariz o ano, logrando así una visualización en directo, detallada de los órganos a examinar. En todos estos procedimientos se administra sedación para ayudar al alivio de las molestias.

• **Potenciales Riesgos:**

El Médico me ha detallado que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización se pueden presentar complicaciones no previstas secundarias al uso de sedación o propias al procedimiento endoscópico como : hemorragia, perforación o infecciones y otras asociadas al procedimiento:

Al mismo tiempo se puede producir paro cardio-respiratorio, sin embargo esta complicación es muy infrecuente pero representa como en toda intervención un riesgo excepcional que podría comprometer la vida.

Entiendo que los profesionales tratantes tomarán todas las medidas posibles para que estas complicaciones no ocurran, pero este hecho no asegura que no se produzcan, ya que existe un riesgo inherente asociado a cualquier acto médico, por no ser la medicina una ciencia exacta.

He comunicado al Médico la totalidad de mis enfermedades, alergias y los medicamentos que consumo para tratarlas.


Entiendo que éste consentimiento puede ser revocado por mí o por mi representante legal en caso de incapacidad o incompetencia, en cualquier momento antes de la realización de la intervención o procedimiento quirúrgico, sin necesidad de explicación alguna.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 25 de 39

Fecha Hora

CONSENTIMIENTO

Nombre del Paciente..... Edad.....

Nombre del Representante Legal.....Edad.....
(En caso de incompetencia o incapacidad)

Causa de la incompetencia o incapacidad

Autorizo a los médicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro Del Río, para realizarme (o realizarle al paciente al cual represento) el procedimiento endoscópico de:

El profesional que realiza el procedimiento me ha informado en detalle la naturaleza y fines del examen al que seré sometido , (o al paciente cual represento) sobre los riesgos inherentes, sus complicaciones consecuencias y medios con que cuenta el Hospital para su realización.

Médico responsable
(Registrar primer nombre y primer apellido)

Por lo que he tomado esta decisión en forma libre y voluntaria.

.....
Firma y RUN del paciente o representante legal

.....
Firma y RUN del médico

DENEGACIÓN

Nombre del Paciente..... Edad.....

Nombre del Representante Legal.....Edad.....
(En caso de incompetencia o incapacidad)

Causa de la incompetencia o incapacidad

Después de ser informado sobre los objetivos, características y potenciales riesgos del procedimiento endoscópico propuesto, manifiesto en forma libre y voluntaria mi DENEGACIÓN O RECHAZO al procedimiento; haciéndome responsable de las consecuencias que pueden derivarse de ésta, por lo que he tomado esta decisión en forma libre y voluntaria.

Médico responsable
(Registrar primer nombre y primer apellido)

.....
Firma y RUN del médico

EMERGENCIA

El médico que suscribe declara NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO del paciente por tratarse de una EMERGENCIA con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.

Nombre del Paciente..... RUN.....

Ficha o DAU..... Procedimiento

Diagnóstico

Profesional
(Indicar Primer nombre y apellido)


.....
Firma y RUN del médico



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 26 de 39

Anexo N°4: Formulario de Consentimiento Informado para procedimientos intervencionales angiográficos.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONALES ANGIOGRÁFICOS

Información General:

Estimado paciente, la intención de este documento es otorgarle información sobre el procedimiento intervencional angiográfico que se le ha indicado, dado que su médico tratante considera necesario para el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad actual. Léalo atentamente, y si es preciso, solicite mayor información para aclarar sus dudas.

Información sobre la intervención y/o procedimiento angiográfico:

El médico me ha explicado que mi diagnóstico actual es: _____

• Objetivo del Procedimiento:

Se me ha explicado que el objetivo de este procedimiento es obtener imágenes de distintas estructuras de mi cuerpo que permitan al médico tratante realizar un diagnóstico y/o tratamiento adecuado y oportuno de mi enfermedad.

• Características del Procedimiento:

Se me ha explicado que este es un procedimiento radiológico intervencional diagnóstico y/o terapéutico en que se utilizan radiaciones ionizantes.

Consiste en introducir un catéter (fino tubo plástico) a través de una arteria (ingle, codo o muñeca) que se empuja hasta llegar a la zona del cuerpo que requiere diagnóstico y/o tratamiento.

Se utiliza anestesia local en la zona de punción y en algunos casos de "agitación y/o movimientos" puede requerir además algún grado de sedación y/o anestesia general, razón por la cual se le instalará una vía venosa para la administración de medicamentos en caso de ser necesario.


Este examen requiere inyección de medio de contraste a base de yodo a través del catéter, que tiene por finalidad distinguir mejor ciertos tejidos del cuerpo.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 27 de 39

• **Potenciales Riesgos:**

La exposición a dosis altas de radiación ionizante puede producir por acumulación, efectos potencialmente dañinos para su salud, especialmente en mujeres embarazadas.

La introducción del catéter puede producir: reacciones adversas al anestésico local, hemorragias, hematomas e infecciones en el sitio de punción, trombosis o lesiones de vasos sanguíneos. Las complicaciones pueden ser transitorias o permanentes.

Si mi estado de salud no me permite controlar mis movimientos necesitaré algún grado de sedación y/o anestesia general, procedimiento que desde ya autorizo consciente de que la administración de medicamentos también implica riesgos.

La administración de medio de contraste endovenoso puede en algunos casos producir reacciones adversas no deseadas, las que pueden ir desde un simple mareo, sensación de calor, mal gusto en la boca, pasando por reacciones alérgicas, dificultad para respirar hasta un shock alérgico grave de muy baja frecuencia que puede causar la muerte.

Su médico ha considerado que los beneficios que se obtienen para su diagnóstico y/o tratamiento superan los posibles perjuicios que le pueda ocasionar.

Entiendo que los profesionales tratantes tomaran todas las medidas posibles para que estas complicaciones no ocurran, pero este hecho no asegura que no se produzcan, ya que existe un riesgo inherente asociado a cualquier acto médico, por no ser la medicina una ciencia exacta.

He comunicado al médico la totalidad de mis enfermedades y los medicamento que consumo para tratarlas, él me ha explicado los riesgos que enfrente a consecuencia de mi estado previo de salud y mi edad.


Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento imagenológico.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 28 de 39

Fecha..... Hora.....

CONSENTIMIENTO	
Nombre del Paciente.....	Edad.....
Nombre del Representante legal.....	Edad.....
(en caso de incompetencia o incapacidad)	
Causa de la Incompetencia o Incapacidad	
Autorizo a los médicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río, para realizarme (o al	
paciente al cual represento) el siguiente procedimiento.....	
(Indicar nombre del procedimiento)	
El médico que realiza el procedimiento me ha informado en detalle la naturaleza y fines del examen al que será sometido, (o al paciente al cual represento) sobre los riesgos inherentes, sus complicaciones, consecuencias y medios con que cuenta el hospital para su realización.	
Médico responsable.....	
(Registrar primer nombre y primer apellido)	
Por lo que he tomado la esta decisión en forma libre y voluntaria	
.....
Firma y RUN del paciente o representante legal	Firma y RUN del médico


DENEGACIÓN	
Nombre del Paciente.....	Edad.....
Nombre del Representante legal.....	Edad.....
(en caso de incompetencia o incapacidad)	
Causa de la Incompetencia o Incapacidad	
Después de ser informado por el médico que realiza el procedimiento imagenológico, sobre la naturaleza y riesgos propuestos, decido en forma libre y voluntaria mi DENEGACIÓN O RECHAZO al siguiente procedimiento..... haciéndome responsable de las consecuencias	
(Indicar nombre del procedimiento)	
que pueden derivarse de esta decisión.	
Médico responsable.....	
(Registrar primer nombre y primer apellido)	
.....
Firma y RUN del paciente o representante legal	Firma y RUN del médico



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 29 de 39


EMERGENCIA	
El médico que suscribe declara NO FUE POSIBLE OBTENER EL CONSENTIMIENTO del paciente por tratarse de una EMERGENCIA con necesidad de intervención inmediata e impostergable por riesgo vital y/o secuela funcional grave.	
Nombre del paciente.....	RUN.....
FICHA o DAU.....	Procedimiento..... (Sin abreviaturas)
Diagnóstico..... (Sin abreviaturas)	
Médico..... (Registrar primer nombre y primer apellido) Firma y RUN del médico




Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 30 de 39

Anexo N°6: Formulario de Consentimiento Informado para realizar examen de VIH.



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA
DR. ALEJANDRO DEL RÍO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZARSE EL EXAMEN DE VIH.

El presente documento tiene como objetivo que usted, luego de haber recibido información manifieste de manera libre y voluntaria, a través de su firma, la autorización o rechazo a la realización del examen de detección del VIH, según se establece en la Ley N° 19.779 y en la normativa del Ministerio de salud.

El examen para detectar el virus del SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana, VIH) se realiza a partir de una muestra de sangre que al ser procesada, puede entregar un resultado negativo o positivo. El resultado negativo significa que no se encuentran anticuerpos al VIH; el resultado positivo significa que se detecta la presencia de anticuerpos al VIH y que el Instituto de Salud Pública (ISP) ha confirmado que la persona ha adquirido el virus. La entrega del resultado final podrá requerir, en algunos casos de una segunda muestra de sangre.

El procesamiento de la muestra de sangre y su confirmación toma, aproximadamente, cuatro semanas.

Para que el examen pueda detectar con seguridad el virus VIH, se requiere que la toma de la muestra de sangre y su análisis se realice luego de tres meses desde la última situación de riesgo para adquirirlo (período de ventana).

El examen se debe ofrecer con **consejería Pre test**, que tiene como propósito informar sobre el VIH y el examen de detección, firmar el Consentimiento Informado y tomar acuerdos para la entrega del resultado. El resultado de su examen será entregado personalmente con **Consejería Post test** en la que, además recibirá información respecto de las estrategias de prevención y/o los Servicios de Salud disponibles para la atención, si corresponden. Toda la información que usted entregue en ambas sesiones será tratada confidencialmente.

YO: _____

RUT: _____

Declaro haber comprendido este documento y haber recibido Consejería Previa a la realización del test. **Acepto la responsabilidad de retirar personalmente el resultado:** en caso de no retirarlo en la fecha acordada, acepto que se me contacte confidencialmente, según los procedimientos que me han informado (llamado telefónico, visita domiciliaria, carta certificada).

DOMICILIO: _____

TELÉFONO CONTACTO: _____

Frente a esto decido:

A). Si, acepto realizarme el examen de detección del VIH.

Nombre y firma consultante o representante legal.

B). No acepto realizarme al examen de detección del VIH.

Nombre y firma consultante o representante legal.

Fecha próxima citación: _____


Nombre y firma Profesional capacitado/a en consejería



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 31 de 39



HOSPITAL URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA
DR. ALEJANDRO DEL RÍO

ENTREGA DEL RESULTADO EXAMEN DETECCIÓN DEL VIH

Con Fecha: _____

YO: _____

RUT: _____

He recibido el resultado del examen de detección del VIH, con consejería, en la que se me ha explicado el significado del resultado y se me ha informado sobre medidas de prevención y alternativas de atención de salud, si lo requiero.

Nombre y firma consultante o representante legal.


Nombre y firma profesional capacitada en consejería.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 32 de 39

Anexo N°7: MARCO NORMATIVO DE REFERENCIA.

El Consentimiento Informado ha llegado a la medicina desde el derecho; debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que el derecho ha realizado a la medicina por lo menos en los últimos siglos. Estamos ante un “derecho humano primario y fundamental”, esto es, ante una de las últimas aportaciones realizada a la teoría de los derechos humanos.

La **consagración legal definitiva** del denominado **consentimiento informado**, en nuestro ordenamiento jurídico se produjo con la aprobación de la Ley 20.584 que Regula Los Derechos y Deberes que Tienen las Personas En Relación con Acciones Vinculadas a su Atención en Salud, promulgada 13.ABR.2012.

A. Ley 20.584 De la autonomía de las personas en su atención de salud.

Párrafo 5

1. Del derecho de información.

Artículo 10.- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional. Asimismo, todo niño, niña y adolescente tiene derecho a recibir información sobre su enfermedad y la forma en que se realizará su tratamiento, adaptada a su edad, desarrollo mental y estado afectivo y psicológico.


Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a que se refiere el inciso anterior será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 33 de 39

que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en el inciso precedente.

Tratándose de **atenciones médicas de emergencia o urgencia**, es decir, de aquellas en que la falta de intervención inmediata e impostergable implique **un riesgo vital o secuela funcional grave** para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando porque se limite a la situación descrita. Sin perjuicio de lo anterior, la persona deberá ser informada, de acuerdo con lo indicado en los incisos precedentes, cuando a juicio del médico tratante las condiciones en que se encuentre lo permitan, siempre que ello no ponga en riesgo su vida. La imposibilidad de entregar la información no podrá, en ningún caso, dilatar o posponer la atención de salud de emergencia o urgencia.

Los prestadores deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la adecuada confidencialidad durante la entrega de esta información, así como la existencia de lugares apropiados para ello.

Párrafo 7º De la autonomía de las personas en su atención de salud.

1. Del consentimiento informado.

Artículo 14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud, con las limitaciones establecidas en el artículo 16.

Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10.


En ningún caso el rechazo a tratamientos podrá tener como objetivo la aceleración artificial de la muerte, la realización de prácticas eutanásicas o el auxilio al suicidio.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 34 de 39

Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá **constar por escrito** en el caso de intervenciones quirúrgicas, **procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y**, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un **riesgo relevante y conocido** para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10.

Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay **constancia de su firma en el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.**

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, niña 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 estado afectivo y psicológico. Deberá dejarse constancia de que el niño, niña o adolescente ha sido informado y se le ha oído.

En el caso de una investigación científica biomédica en el ser humano y sus aplicaciones clínicas, la negativa de un niño, niña o adolescente a participar o continuar en ella debe ser respetada. Si ya ha sido iniciada, se le debe informar de los riesgos de retirarse anticipadamente de ella.

Artículo 15.- No obstante, lo establecido en el artículo anterior, **no se requerirá la manifestación de voluntad** en las siguientes situaciones:


- a. En el caso de que la falta de aplicación de los procedimientos, tratamientos o intervenciones señalados en el artículo anterior supongan un **riesgo para**



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 35 de 39

la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la ley, debiendo dejarse constancia de ello en la ficha clínica de la persona.

- b. En aquellos casos en que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique **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. En estos **casos se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida**

2. Del estado de salud terminal y la voluntad manifestada previamente

Artículo 16.- La persona que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida, sin perjuicio de mantener las medidas de soporte ordinario. En ningún caso, el rechazo de tratamiento podrá implicar como objetivo la aceleración artificial del proceso de muerte.

Este derecho de elección no resulta aplicable cuando, como producto de la falta de esta intervención, procedimiento o tratamiento, se ponga en riesgo la salud pública, en los términos establecidos en el Código Sanitario. De esta circunstancia deberá dejarse constancia por el profesional tratante en la ficha clínica de la persona.


Para el correcto ejercicio del derecho establecido en el inciso primero, los profesionales tratantes están obligados a proporcionar información completa y comprensible. Las personas que se encuentren en este estado tendrán derecho a vivir con dignidad hasta el momento de la muerte.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 36 de 39

En consecuencia, tienen derecho a los cuidados paliativos que les permitan hacer más soportables los efectos de la enfermedad, a la compañía de sus familiares y personas a cuyo cuidado estén y a recibir, cuando lo requieran, asistencia espiritual.

Siempre podrá solicitar la alta voluntaria la misma persona, el apoderado que ella haya designado o los parientes señalados en el artículo 42 del Código Civil, en orden preferente y excluyente conforme a dicha enunciación.

2. De los comités de ética.

Artículo 17.- En el caso de que el profesional tratante tenga dudas acerca de la competencia de la persona, o estime que la decisión manifestada por esta o sus representantes legales la expone a graves daños a su salud o a riesgo de morir, que serían evitables prudencialmente siguiendo los tratamientos indicados, deberá solicitar la opinión del comité de ética del establecimiento o, en caso de no poseer uno, al que según el reglamento dispuesto en el artículo 20 le corresponda.

Asimismo, si la insistencia en la indicación de los tratamientos o la limitación del esfuerzo terapéutico son rechazadas por la persona o por sus representantes legales, se podrá solicitar la opinión de dicho comité.

En ambos casos, el pronunciamiento del comité tendrá sólo el carácter de recomendación y sus integrantes no tendrán responsabilidad civil o penal respecto de lo que ocurra, en definitiva. En el caso de que la consulta diga relación con la atención a menores de edad, el comité deberá tener en cuenta especialmente el interés superior de estos últimos.


Tanto la persona como cualquiera a su nombre podrán, si no se conformaren con la opinión del comité, solicitar a la Corte de Apelaciones del domicilio del actor la revisión del caso y la adopción de las medidas que estime necesarias. Esta acción se tramitará de acuerdo con las normas del recurso establecido en el artículo 20 de la Constitución Política de la República.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 37 de 39

Si el profesional tratante difiere de la decisión manifestada por la persona o su representante, podrá declarar su voluntad de no continuar como responsable del tratamiento, siempre y cuando asegure que esta responsabilidad será asumida por otro profesional de la salud técnicamente **calificado, de acuerdo al caso clínico específico**.

Artículo 18.- En el caso de que la persona, en virtud de los artículos anteriores, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria. Asimismo, en estos casos, **la Dirección** del correspondiente establecimiento de salud, a propuesta del profesional tratante y previa consulta al comité de ética, podrá **decretar el alta forzosa**.

B. Ley N° 19.799, sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana


Artículo 5: Que "el examen para detectar el virus de inmunodeficiencia humana será siempre confidencial y voluntario, debiendo constar por escrito el consentimiento del interesado o de su representante legal. El examen de detección se realizará previa información a éstos acerca de las características, naturaleza y consecuencias que, para la salud, implica la infección causada por dicho virus, así como las medidas preventivas científicamente comprobadas como eficaces".



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 38 de 39

Elaborado por:

1. Dra. María Cecilia Rojas U., Médico Jefa Unidad Análisis Clínico GRD, Diplomada en Bioética PUC, Maestría en Bioética ULIA.
2. Dra. Pola Rojas, Médico Presidenta del Comité de Ética Asistencial.

Revisado por:


1. Dr. Jorge Ibáñez P., Subdirector de Gestión Clínica.
2. EU Catalina Espinoza D., Profesional de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Código DP 2.1
	DIRECCIÓN	Versión: 07
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN CLÍNICA	Fecha: 02/2025 Vigencia: 5 años
	PROTOCOLO PARA LA APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 39 de 39



Firmado por:
Catalina Marcela Espinoza Donoso
Profesional Unidad de Calidad y
Seguridad del Paciente
Fecha: 28-02-2025 08:46 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia
Pública Dr. Alejandro del Río



Firmado por:
Jorge Arturo Ibáñez Parga
Subdirector de Gestión Clínica
Fecha: 06-03-2025 15:54 CLT
Hospital de Urgencia Asistencia
Pública Dr. Alejandro del Río



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>

II. TÉNGASE PRESENTE la vigencia de este Protocolo a contar de la fecha de la total tramitación de la presente Resolución.

III. ESTABLÉCESE que el señalado “*Protocolo para la aplicación de Consentimiento Informado*”, debe ser el que se tenga en consideración a contar de la fecha de su entrada en vigencia.

IV. DÉJESE SIN EFECTO toda normativa interna que diga relación con la materia de este Protocolo.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE

CEWSP

Distribución:

1. Dirección.
2. Subdirección de Gestión Clínica.
3. Subdirección de Gestión del Cuidado.
4. Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas.
5. Departamento de Panificación y Desarrollo
6. Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente.
7. Unidad de Auditoría.
8. Asesoría Jurídica.
9. Oficina de Partes.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/2T8MBF-839>