



# Hospital del Salvador – Valparaíso / SSVSA

## SERVICIO O UNIDAD:

### 1) DATOS DEL /LA PACIENTE, TUTOR O SU REPRESENTANTE LEGAL (en caso de alteración de conciencia, dificultad de Entendimiento o paciente menor de 18 años.)

Nombre (1) y Apellidos (2) del Paciente Cedula de Identidad

Nombre (1) y apellidos (2) del Representante o responsable Cedula de Identidad

## DIAGNOSTICO:

### 2) PROFESIONAL QUE INDICA, PROCEDIMIENTO O INTERVENCIÓN

Nombre (1) y Apellidos (1) Fecha Firma

### 3) TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO INDICADO (Especifique el nombre del procedimiento):

TEC (TERAPIA ELECTRO CONVULSIVANTE): \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO CON CLOZAPINA: \_\_\_\_\_

OTRO:

### 4) CONSENTIMIENTO

Yo, anteriormente identificado, expongo que se me ha informado sobre los objetivos del procedimiento indicado y me han explicado sus características y potenciales riesgos. Me han explicado sus objetivos terapéuticos en general y como afecta en mi condición de salud (o la de mi familiar o representado). He podido preguntar y aclarar todas mis dudas libremente. Me han explicado que puedo anular este consentimiento antes de que se realice la intervención o procedimiento.

**Mi decisión tomada libre y conscientemente es:**

SI,  NO,

*Nota: Marque con una cruz en el casillero de su elección.*

**Autorizo que se me realice(n) la (s) intervenciones y procedimientos que me han indicado.**

En Valparaíso, a.....de.....de.....

**Firma Paciente**

**Firma Representante Legal**

*(solo en caso de incapacidad del/la paciente)*