



INFORMACION PARA DIAGNOSTICO PRENATAL Y PROCEDIMIENTO

FECHA : _____
PACIENTE : _____
R.U.T : _____ **EDAD:** _____

1.- Por la presente autorizo al Dr. _____
 a realizar el o los siguientes procedimientos (s) _____

2.- El Dr. _____ me ha explicado completamente la naturaleza y fines del procedimiento y me ha informado también de los beneficios, molestias concomitantes, riesgos y complicaciones maternas y fetales, así como las alternativas de tratamiento.

3.- Si en el curso del procedimiento se presentaren complicaciones imprevistas que necesitare procedimientos diferentes a los previstos, autorizo la realización de operaciones o procedimientos que el Dr. considere necesario.

4.- Se me ha explicado que la realización de este procedimiento es voluntaria y si no deseo que se realice igual seré atendida en este hospital, recibiendo la misma atención.

5.- Se me ha explicado que existe la posibilidad que el procedimiento o análisis de la muestra obtenida no resulte, en ese caso no se obtendrá ningún resultado.

6.- Se me ha explicado que otros doctores o alumnos pueden observar el procedimiento y que la información obtenida puede ser publicada en revistas científicas, a no ser que yo no esté de acuerdo.

7.- Autorizo que el resultado de este exámen pueda ser comunicado a familiares cercanos con mi previa autorización

Confirmo que he leído todo lo anterior

Paciente / Pariente / Apoderado

Nombre: _____ **Firma:** _____
R.U.T. _____