

## Carta de Derechos de los Pacientes

**El Fondo Nacional de Salud ha impulsado la formalización de una Carta de Derechos de los Pacientes que viene a contribuir de manera importante al mejoramiento de la relación entre los proveedores de servicios de salud y los usuarios de dichos servicios.**

Una iniciativa de esta naturaleza, contribuye a consolidar y unificar los esfuerzos individuales que ya han desarrollado algunos equipos de salud en torno a la satisfacción de los usuarios y se convierte en el instrumento a través del cual se realiza y explicita, pública y masivamente, la voluntad que existe al interior del Sistema Público de Salud por entregar progresivamente mayores niveles de satisfacción a sus usuarios en todos los aspectos relacionados con el proceso de atención.

Se han desarrollado fichas individuales para un conjunto de derechos que se pueden clasificar en tres categorías como son:

- Declaración de principios básicos,
- Procedimientos administrativos, y
- Procedimientos médicos.

Cabe destacar que la estructura de fichas técnicas permite la dinámica futura de incorporar o eliminar derechos en cada categoría, según sea el caso. Junto con lo anterior, además es preciso señalar que, en lo que dice relación a las consideraciones de los derechos enunciados, debe considerar que la forma que adopten los procedimientos administrativos dependerá de la capacidad de adaptación de cada centro asistencial. En específico, cada ficha describe el área temática a la que corresponde cada derecho, el enunciado del mismo, los objetivos que se persiguen con su planteamiento, las definiciones pertinentes para la comprensión de algunos alcances específicos y las bases normativas o legales sobre las cuales se sustenta total o parcialmente. Bajo el título de consideraciones se describen los alcances, ámbito de acción y algunas indicaciones de procedimiento respecto de cada derecho.

### Recibir Atención de Salud sin Discriminación

Todo usuario del sistema público tiene derecho a recibir atención de salud sin discriminación alguna.

#### Objetivo :

Asegurar la universalidad del derecho a la salud de todas las personas.

#### Definiciones :

**Discriminación:** Se entenderá por discriminación, al trato diferenciado hacia personas en similares casos, por motivos de raza, sexo, religión, opiniones políticas, nacionalidad, origen social, discapacidad o antipatía personal.

#### Base legal o normativa:

- Constitución Política de la República de Chile(1980)
- Declaración Universal de Derechos Humanos ( 1948 )
- Ley sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas y de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena(Ley N°19.253 ).

- Ley sobre plena integración social de personas con discapacidad ( Ley N°19.284 ).

#### Consideraciones :

No se considerará discriminación la no atención de algún paciente por causas justificadas, tales como:

- Limitación excluyente en la oferta de la prestación que el paciente requiere.
- El establecimiento no brinda la atención requerida por el paciente.

No obstante lo anterior, en ningún caso puede negársele al paciente acciones que ayuden a resolver su necesidad de atención , tales como :

- Derivación a otro establecimiento que tenga oferta.
- Derivación al establecimiento adecuado de acuerdo al tipo de enfermedad.
- Orientación respecto al funcionamiento de la red hospitalaria.

## Identificación del Personal

Todo el personal que atienda a los pacientes debe identificarse debidamente

#### Objetivo :

Facilitar la relación entre el paciente y el equipo de salud, permitiendo una mejor identificación de la responsabilidad frente a las acciones de salud y el proceso de información general.

#### Definiciones :

**Placa o tarjeta de identificación:** Corresponde a la credencial otorgada por el establecimiento de atención de salud para identificar a su personal.

#### Base Legal o Normativa

La “Directiva Permanente Interna Administrativa N°13”, normaliza el uso de uniformes del personal de establecimientos asistenciales para facilitar la identificación de profesionales y funcionarios en general. Para estos efectos se establece que “las diferentes categorías de personal sobre el uniforme llevarán tarjeta o placa de identificación visible”.

#### Consideraciones :

Todo el personal del establecimiento, sin excepción, debe atender portando placa o tarjeta de identificación clara y visible, la que debe contener el nombre del funcionario, el cargo que ocupa y el servicio en que trabaja. Para mayor detalle, se sugiere consultar la página 31 del “Manual de Señalética para Hospitales” elaborado por el Ministerio de Salud.

Adicionalmente, cada persona que brinda atención directa al paciente deberá presentarse a éste y/o a sus familiares indicando al menos su nombre y la función que desempeña dentro del proceso de recuperación del paciente.

La identificación deberá ser extensible al personal académico, alumnos en práctica y voluntariado, indicando junto con el nombre el cargo que desempeña.

## Derecho a Formular Reclamos y Sugerencias

|

Todo paciente tiene derecho a formular reclamos y sugerencias sobre el funcionamiento de los servicios y a recibir respuesta escrita cuando corresponda

#### Objetivo :

- Dar la oportunidad de evaluar internamente el desempeño de los establecimientos en sus procesos de atención de salud y tomar medidas correctivas, en caso de ser necesario.
- Propiciar una buena relación con los usuarios.
- Fomentar la participación ciudadana.

### Definiciones :

**Reclamo:** Forma de expresión escrita mediante la cual un paciente puede demostrar que se opone o no está de acuerdo con algún hecho específico que atenta contra cualquiera de sus derechos.

**Sugerencia:** Idea cuyo objeto sea contribuir al mejoramiento de la atención, que cualquier paciente o usuario de establecimientos de salud puede expresar a través de los conductos diseñados para estos fines.

### Base Legal o Normativa :

El Decreto Supremo N° 680 de 1990, del Ministerio del Interior, aprueba las instrucciones para el establecimiento de oficinas de información para el público usuario de la administración del Estado. Además, el citado decreto norma sobre los procedimientos que las oficinas de información deberían realizar para efectos de recepción y respuesta de los reclamos.

### Consideraciones :

Las oficinas de informaciones serán las encargadas de recibir los reclamos que los usuarios presenten en relación al establecimiento al que pertenece dicha oficina o respecto de alguno(s) de sus funcionarios, que tenga por objeto representar deficiencias, abusos, faltas, omisiones o cualquier otra irregularidad que afecten al interés personal legítimo del reclamante.

Las sugerencias y reclamos deberán presentarse preferentemente en forma escrita, ya sea en el libro de reclamos o en el formato establecido en el punto siguiente, sin otra formalidad que la individualización, domicilio y firma del interesado. En caso de incapacidad de éste, el funcionario correspondiente le tomará directamente declaración, transcribiéndola al instante, firmando el interesado o estampando su huella digital o con la sola firma del funcionario, según el caso.

Podrán existir, en forma adicional al libro de reclamos, formularios especiales para dichas presentaciones, los que deberán ser extendidos en duplicado, debiendo entregarse una copia al usuario. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá entregar al usuario que utilice el libro de reclamos, un comprobante en el cual queda constancia de la fecha, número de referencia del reclamo y firma del funcionario encargado.

La oficina de informaciones remitirá oportunamente, o a lo menos mensualmente, los reclamos presentados ante ella al superior de la unidad afectada, quién deberá remitir su respuesta a dicha oficina en el plazo de 10 días hábiles.

Si el reclamo afectare precisamente al superior de la unidad afectada, dicha remisión se hará además a su superior jerárquico.

El interesado o reclamante será informado oportunamente de la respuesta a su reclamo y por escrito, quedando registro de este acto.

Cada establecimiento debe informar al usuario sobre el procedimiento definido para la formulación de reclamos y los medios a través de los cuales se le comunicará la respuesta. En todo caso la respuesta deberá enmarcarse en los plazos contemplados anteriormente.

## Orientación e Información

Todo usuario del sistema público de salud tiene derecho a que se le entregue orientación y/o información sobre el funcionamiento de los establecimientos a los que asista.

### Objetivo :

Lograr que el paciente obtenga el máximo beneficio al utilizar el sistema público de salud. Facilitar el acceso y orientación del usuario durante el proceso de atención.

## Definiciones :

**Oficina de Informaciones :** Lugar físico en posición fija, debidamente señalizado y de fácil acceso para toda persona, habilitado para fines de entrega de información y orientación relacionada con el establecimiento asistencial en el cual se encuentra.

## Base Legal o Normativa :

El Decreto Supremo N° 680 de 1990, del Ministerio del Interior, aprueba las instrucciones para el establecimiento de oficinas de información para el público usuario de la administración del Estado.

## Consideraciones :

### **Sobre las Oficinas de Informaciones**

A las oficinas de informaciones de los establecimientos de salud les corresponderá:

- Informar sobre el funcionamiento del establecimiento y sobre información básica de la ubicación y estado de salud de los pacientes internados.
- Informar sobre requisitos, formalidades y plazos de solicitudes dirigidas al establecimiento, documentación y antecedentes que deben acompañarse a éstas, los procedimientos y su tramitación, y las demás indicaciones necesarias a fin de que el público tenga un acceso expedito y oportuno a los diversos servicios solicitados.
- Informar sobre la competencia, ubicación y horarios de las unidades del establecimiento relacionadas con las prestaciones que se requieran, así como de nombres, ubicación física y horarios de los profesionales que allí atienden.
- Adicionalmente, deberán elaborar manuales, boletines, cartillas, formularios u otros medios útiles, a fin de proporcionar a los usuarios información completa, simple y clara respecto a los puntos antes mencionados.
- El lugar donde funcionen las oficinas de informaciones deberá ser de fácil acceso y estar dotado de los recursos necesarios para una digna atención al público.
- El personal que se desempeñe en las oficinas de informaciones estará constituido por funcionarios de jerarquía debidamente entrenados e interiorizados en detalle en las materias específicas mencionadas en el punto 1 precedente.
- Las oficinas de informaciones funcionarán, a lo menos, en el mismo horario de atención de público del respectivo establecimiento, tomando las medidas necesarias para que durante los horarios de visita a pacientes, en aquellos establecimientos que corresponda, esta oficina tenga la capacidad suficiente para atender adecuadamente a sus usuarios.

### **Sobre la Señalética**

Los establecimientos deberán contar con letreros, flechas u otros medios que se estimen convenientes, de modo de facilitar la orientación y accesibilidad del usuario al interior del establecimiento.

Se recomienda adicionalmente, contar con un mapa orientador a la entrada del establecimiento que señale los servicios, unidades de apoyo y otras dependencias.

Se recomienda considerar en el diseño de señaléticas, formas de orientar a analfabetos y discapacitados (ciegos).

Se sugiere consultar el “ Manual de señalética para hospitales”, elaborado por el Ministerio de Salud.

## **Atención de Emergencia las 24 hs**

|

Todo paciente tiene derecho a obtener atención de emergencia durante las 24 horas del día en cualquier servicio de urgencia público.

## Objetivo :

Disminución del riesgo vital a través de la satisfacción oportuna de las necesidades urgentes de salud de los usuarios del sistema público de salud. A su vez, la realización de evaluación temprana permite priorizar los tiempos de acceso en función de la gravedad del evento clínico.

#### Definiciones :

**Emergencia :** ocurrencia de un evento clínico agudo o una reagudización de una afección crónica, cuyo retardo en la atención provoca compromiso vital o lesión permanente.

#### Base Legal o Normativa :

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 2º de la Ley 18.469 que crea el Régimen de Prestaciones de Salud, los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago de las tarifas o aranceles fijados a este efecto.

A su vez, el Artículo 16º, inciso 2º de la misma Ley, expresa que la atención de las personas no beneficiarias del sistema público de salud no podrá significar postergación o menoscabo de la atención que los establecimientos deben prestar a los beneficiarios legales y, en consecuencia, con la sola excepción de urgencias debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales preferirán a los no beneficiarios.

#### Consideraciones :

Se debe considerar como un paso previo a la atención de emergencia propiamente tal, una evaluación temprana del paciente con el fin de priorizar su acceso a la atención.

Dicha evaluación puede determinar a juicio del profesional calificado para dicha función, la no urgencia del cuadro clínico del paciente. En dicho caso, la atención podría postergarse dando orientación al paciente respecto de donde acudir para la resolución de su problema.

La clasificación de urgencia médica será responsabilidad exclusiva de un profesional calificado para dicha función.

## Ficha Clínica

|

Todo paciente tiene derecho a acceder a la información de su ficha clínica y que ésta mantenga su carácter de confidencial.

#### Objetivo :

El ejercicio de este derecho permite mejorar la información del usuario en relación a su proceso salud-enfermedad.

#### Definiciones :

**Ficha Clínica:** Documento reservado y secreto, de utilidad para el enfermo, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia, en el cual se registra información del paciente y de su proceso de atención médica. La ficha clínica consta de una serie de formularios cuyo ordenamiento es el siguiente:

- Carátula.
- Anamnesis: Parte del examen clínico que reúne todos los datos personales, hereditarios y familiares del enfermo, anteriores a la enfermedad y los antecedentes relevantes de la enfermedad actual.
- Examen físico.
- Evolución clínica.
- Tratamiento farmacológico e indicaciones.
- Indicaciones no farmacológicas.
- Exámenes y procedimientos.

- Protocolo operatorio: descripción del acto quirúrgico. Hoja de enfermería. Comprobantes de parto, si procede.
  - Gráfica de signos vitales.
  - Epicrisis : informe elaborado al alta del paciente y por el médico tratante, que resume la condición de ingreso del paciente, exámenes, procedimientos y tratamientos indicados, evolución clínica, condición al alta del paciente y las indicaciones post - alta.
- Confidencialidad:** Derecho que tiene una persona, en su calidad de paciente, a que su enfermedad no sea de dominio público. En este sentido, es el paciente quien autoriza la divulgación de la información asociada a su enfermedad. El límite de la confidencialidad está determinado por razones estrictamente justificadas de orden médico o por razones de orden legal.

#### Base Legal o Normativa :

- La Directiva Permanente Interna Administrativa N°5 establece las normas para el manejo de las historias clínicas en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
- El Manual de Procedimientos SOME en su letra F, también proporciona las normas de manejo de la historia clínica.
- Ley N° 17.374 que crea el Instituto Nacional de Estadísticas, Arts. 29 y 30, en los cuales se señalan los alcances del “secreto estadístico”.
- Código Penal, Arts. 246 y 247 establecen el castigo por infracción al “secreto estadístico”.

#### Consideraciones :

##### **Con respecto al acceso a la ficha clínica.**

- La propiedad física de la ficha clínica pertenece al establecimiento de salud respectivo y ésta deberá contar siempre con la información identificatoria completa y actualizada.
- Ninguna historia clínica puede ser entregada al paciente o familiares, sino que será llevada por personal del establecimiento a la consulta del médico o donde se requiera. Esto no es contradictorio con el derecho del paciente a un resumen de la información contenida en este documento.
- Los pacientes podrán solicitar gratuitamente una copia de los exámenes de laboratorio que se le hayan practicado y, en todo caso, exigir un resumen de la Ficha Clínica y/o un informe (anamnesis) con el diagnóstico de su enfermedad y el tratamiento practicado, especialmente cuando ha habido intervenciones quirúrgicas.
- La solicitud debe ser formulada en forma escrita, por el paciente, representante legal o médico tratante, identificándose debidamente y dirigida al Director del establecimiento.
- Será responsabilidad del establecimiento de salud hacer entrega de los antecedentes del punto N°3 en un plazo no superior a 10 días hábiles.
- No serán válidas aquellas solicitudes de información de fichas clínicas que no presenten actualizaciones en más de 15 años de la fecha actual.
- En todo caso, el paciente podrá solicitar el contenido técnico de la ficha clínica, para los fines que estime pertinente.
- Cada establecimiento debe informar al usuario sobre el procedimiento definido para la solicitud de la información de su ficha clínica y los medios a través de los cuales se le comunicará la respuesta. Este proceso tendrá como plazo máximo lo establecido en el punto 5 precedente e involucrará las medidas necesarias para resguardar la confidencialidad de la información de la ficha clínica.

##### **Con respecto a las excepciones al acceso a la ficha clínica:**

- El médico tratante podrá negar al paciente el acceso a la información de su ficha clínica, siempre y cuando el ejercicio de este derecho ponga en grave riesgo el derecho a la vida del paciente.
- En el caso que se trate de un paciente menor de edad o de un paciente mayor de edad sin capacidad de discernimiento o con deficiencias de comprensión, y por lo tanto, a juicio del médico, no reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información, el médico tratante también podrá negar al paciente el acceso a la información de su ficha clínica, dejando constancia de este hecho y sus razones en dicho instrumento.
- Será el médico quién tendrá que determinar el alcance de la capacidad de comprensión de la información a entregar para los casos citados en los puntos 1 y 2. Si éste lo cree conveniente podrá consultar con el Servicio de Psiquiatría el grado de incapacidad del paciente.
- Adicionalmente, la negativa a entregar la información de la ficha clínica deberá constar por escrito, junto a las razones que la respaldan, con firma del médico tratante y del Director del establecimiento.

#### **Con respecto a la confidencialidad de la ficha clínica:**

- Las historias clínicas deberán considerarse documentos reservados y secretos, de utilidad para el paciente, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia, por lo que no se podrá autorizar su uso para otros fines, debiendo guardar el debido secreto profesional toda persona que interviene en su elaboración o que tenga acceso a su contenido.
- En este mismo sentido, las historias clínicas deberán ser resguardadas en un lugar seguro, a fin de evitar su pérdida, violación o uso por personas no autorizadas, y deberán ser elaboradas con letra clara y legible, conservando su estructura en forma ordenada, garantizando el resguardo y permanencia de la documentación que la compone.
- En el caso de utilizar fichas clínicas para fines de investigación y docencia, la identidad del paciente siempre deberá tener carácter de reservado. Sólo tendrán derecho a solicitar la información de la ficha clínica el paciente, el representante legal del paciente, el médico cirujano tratante y la justicia.

## **Docencia e Investigación**

No es obligación de los pacientes participar en actividades de docencia y de investigación. Por tanto, los pacientes tienen el derecho a elegir libremente si quieren o no participar en tales actividades.

#### **Objetivo :**

Dar al paciente la oportunidad de elegir opciones durante su proceso de atención médica.

Fortalecer la comprensión del paciente respecto a la importancia de la docencia y la investigación en el área de la salud.

#### **Definiciones :**

**Actividades de docencia:** Actividad de formación práctica de alumnos de pregrado o postgrado de carreras universitarias relacionadas con la salud. Dichas actividades son tutoriadas por un docente responsable.

**Actividades de Investigación:** Acciones vinculadas a un protocolo de investigación científica que busca aumentar el conocimiento médico. Pueden ser acciones de

diagnóstico, evaluación de evolución clínica o vinculadas con tratamientos o indicaciones.

#### Base Legal o Normativa :

Ley N° 18.469 que crea el Régimen de Prestaciones de Salud, Art. 11, inc 3°, hace referencia a la facultad que tiene el paciente de elegir, dentro de un establecimiento de salud, al profesional que deba atenderlo.

#### Consideraciones :

Es obligación del docente responsable informar en forma previa al paciente, los propósitos y alcances de la docencia o investigación y las consecuencias o implicancias para la salud de éste. Adicionalmente, cuando estas actividades involucren algún riesgo para el estado de salud del paciente, se deberá firmar el consentimiento informado, ciñéndose a todos los aspectos que éste involucra.

Las actividades de docencia e investigación en base a la ficha clínica de los pacientes no requieren autorización por parte de éstos, siempre que se resguarde la identidad del paciente involucrado.

### Indicaciones Claras

Todo paciente tiene derecho a que se le entreguen indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que se le receten.

#### Objetivo :

Contribuir al cumplimiento del tratamiento y a la atención del paciente, evitando riesgos por interpretación inadecuada de la prescripción.

Desarrollar la responsabilidad del paciente respecto de su tratamiento y cumplimiento de las indicaciones de uso del medicamento.

#### Definiciones :

**Receta médica :** orden suscrita por médico cirujano, cirujano dentista, matrona o cualquier otro profesional legalmente habilitado para hacerlo, con el fin de que una cantidad de cualquier medicamento o mezcla de ellos sea dispensada conforme a lo señalado por el profesional que la extiende. (D.S N° 466-84, MINSAL).

**Características de la receta :** la prescripción debe ser elaborada de puño y letra del profesional que la suscribe debiendo consignar por nombre genérico el o los medicamentos, en letras de imprenta no utilizando siglas ni abreviaturas, la forma farmacéutica, dosis unitaria, intervalo de administración, vía de administración, período que abarca el tratamiento, fecha de extensión y firma del médico (Circular 3F/N° 18 de 1989, reemplaza DPI N° 1).

**Indicaciones claras :** hace referencia tanto a que una receta debe ser elaborada con letra clara y legible con todos sus contenidos, como a una explicación verbal en términos sencillos y un lenguaje comprensible por el paciente respecto del uso correcto de los medicamentos prescritos y efectos colaterales, si los existe.

**Producto farmacéutico o medicamento:** cualquiera sustancia natural o sintética o mezcla de ellas, que se destine a la administración al hombre o a los animales con fines de curación, atenuación, tratamiento, prevención o diagnóstico de las enfermedades o sus síntomas. ( Código Sanitario, 9° edición, 1996 ).

**Transcripción:** descripción de la dosis, indicaciones complementarias y la manera correcta en que el paciente debe administrarse el medicamento.

**Formato de presentación del medicamento:** Indicación del medio, forma y dosis unitaria en la cual el medicamento es expendido al público.

**Indicaciones al paciente para el uso del medicamento :** El paciente debe recibir, junto con los medicamentos envasados y rotulados con lo que consigna la prescripción, una información escrita de la forma de uso del medicamento : horario de administración y cualquier otra que permita el uso correcto de la farmacoterapia.

**Base Legal o Normativa :**

Decreto N° 405 que establece el Reglamento de Productos Psicotrópicos, Arts. 24 al 31, Ministerio de Salud: Hacen referencia al procedimiento que deben seguir médicos cirujanos y farmacias respecto a recetas de productos psicotrópicos y drogas.

**Consideraciones :**

- La receta debe contener la identificación del paciente, el nombre del medicamento, el formato de presentación del medicamento y la transcripción.
- Adicionalmente, se le deberá indicar al menos verbalmente, los efectos secundarios y contraindicaciones si existiesen.
- En caso que el paciente lo solicite, adicionalmente podrá entregársele la información de los puntos 1 y 2 por escrito y en forma separada de la receta, sobretodo si se trata de medicamentos para los cuales las farmacias deben retener la receta.
- El médico debe procurar aclarar la totalidad de las dudas que presente el paciente respecto a la prescripción de la receta.

## **Información sobre Procedimientos**

|

Todo paciente tiene derecho a que se le informe sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le indiquen y a poder decidir informadamente al respecto.

**Objetivo :**

Contribuir a involucrar y comprometer al paciente con su proceso de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y recuperación, al aumentar su conocimiento a través de la información proporcionada por el profesional de la salud.

Fortalecer la confianza mutua entre el paciente y el profesional de la salud.

**Definiciones :**

**Procedimientos diagnósticos, terapéuticos e intervenciones quirúrgicas:** se refiere a algunos exámenes, tratamientos u otras intervenciones, realizados por un profesional de la salud, que tienen por objetivos la prevención, terapia o rehabilitación de un paciente.

**Consentimiento informado:** es un procedimiento a través del cual un paciente es informado respecto de todos los alcances del o los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que le serán practicados y que le permite decidir si acepta o rechaza la alternativa sugerida por el profesional de salud con total conocimiento de las consecuencias e implicancias de esta decisión, la cual debe constar por escrito.

**Base Legal o Normativa :**

El artículo 15 del Código de Ética del Colegio Médico A.G. dispone:

“En los casos que fuera terapéuticamente necesario recurrir a tratamientos que entrañen riesgos ciertos o mutilación grave para el paciente, el médico deberá contar con el consentimiento expreso, dado con conocimiento de causa, por el enfermo, o sus familiares responsables cuando sea menor de edad o esté incapacitado para decidir.

En situaciones de urgencia médica o ausencia de los familiares responsables, sin que sea posible obtener comunicación con ellos o de no existir éstos, el médico podrá prescindir de la autorización que establece el inciso precedente, sin perjuicio de procurar de obtener la opinión favorable de otro colega en el tratamiento.”

Decreto Supremo N° 42 Art. 105, Reglamento orgánico de los Servicios de Salud.

## Consideraciones :

Con respecto al procedimiento de Consentimiento Informado:

El médico, después de informar verbalmente al paciente sobre el procedimiento a que va a ser sometido, le entregará un documento escrito en el que se refleje dicha información. La elaboración de informes específicos referidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que involucren algún grado de riesgo, deberá ser realizada por los profesionales a los que corresponda. No se puede pedir Consentimiento Informado al paciente y/o familiar directo o representante legal, sin haber existido previamente esta información.

La información que se entregará al paciente deberá referirse, al menos, a riesgos, efectos colaterales y probabilidades de éxito del tratamiento, como también las consecuencias de rechazarlo o interrumpirlo.

Al documento del punto 1, se adjuntará un formulario de Consentimiento Informado, con el fin de obtener la autorización firmada por el usuario. Este documento se extenderá en duplicado, incluyéndose el original en la ficha clínica y entregándose la copia al paciente.

En el caso que el paciente rechace el procedimiento, se dejará constancia de la negativa en este documento, el que será firmado por el paciente y un testigo.

Si el paciente decide revocar su autorización anterior, deberá hacerlo constar en este documento mediante su firma y la de un testigo.

Si el paciente prefiere solicitar una segunda opinión o tomarse un tiempo antes de aceptar el procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, podrá posponer la firma y llevarse el documento que contenga la información médica recibida junto con el formulario de Consentimiento Informado.

Se debe informar al paciente que en cualquier momento puede negarse al procedimiento indicado o revocar su autorización en el supuesto de haberlo firmado con anterioridad.

En el caso de pacientes menores de edad, aún cuando a juicio del médico reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información, el documento de Consentimiento Informado será firmado por sus padres o representante legal.

En el caso de un paciente incapacitado judicialmente, debe requerirse el consentimiento informado de los parientes o allegados más próximos, a quien legalmente correspondería la representación.

En el caso de pacientes con deficiencias de comprensión, es el médico quién tiene que determinar el alcance de la capacidad de comprensión de la información, previo al consentimiento. Si éste lo cree conveniente podrá consultar con el Servicio de Psiquiatría el grado de incapacidad del paciente.

De esta manera si, a juicio del facultativo y/o del Servicio de Psiquiatría consultado, el paciente, aun siendo mayor de edad, no tuviera capacidad de discernimiento para decidir acerca de un procedimiento, debe requerirse el consentimiento informado de los parientes o allegados más próximos, a quien legalmente correspondería la representación.

### **Con respecto a las excepciones**

Sólo los casos que se mencionan a continuación constituyen las excepciones a la obtención de la firma del documento de Consentimiento Informado. Sin perjuicio de lo anterior, se deberá dejar constancia en la ficha clínica de las circunstancias que impidieron el procedimiento, junto con la documentación que la respalda.

Cuando la no intervención ponga en riesgo la salud pública y el ingreso del paciente haya sido obligado por orden o autorización judicial.

Cuando el caso implique una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones permanentes o riesgo de muerte.  
Cuando un procedimiento venga dictado por orden judicial.