

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

### Objetivo

Instalar un dispositivo en el tórax de un paciente que padece de insuficiencia cardíaca, para permitir que las cavidades cardíacas se puedan contraer de manera organizada y mas eficiente.

### Características

Se trata del implante de un Marcapaso denominado Biventricular, que consta de tres electrodos de estimulación que se introducen a través de la vena subclavia. Uno de los electrodos se ubica en posición auricular y los dos restantes en cada ventrículo. Así la estimulación del dispositivo logra un trabajo armónico del corazón y logra mejorar su capacidad de bomba.

### Riesgos

La naturaleza, fines, beneficios y molestias de este procedimiento, así como los riesgos más frecuentes y graves, incluyendo aquellos derivados de la administración de la anestesia y tratamientos farmacológicos, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando entre los riesgos los siguientes:

- Infección de herida operatoria
- Sangramiento
- Taponamiento cardíaco
- Arritmias
- Desprendimiento de electrodo intracavitario
- Perforación cardíaca
- Paro cardiorrespiratorio

La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o coexistente, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados.

También existe la posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **RESINCRONIZACIÓN CARDIACA**

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal