

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

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

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

Nombre del representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

## Objetivo

Dar a conocer al paciente, que la Cirugía Mayor Ambulatoria es una modalidad de atención clínica segura y que involucra además compromisos por parte de los pacientes, para un resultado clínico satisfactorio y seguro.

## Características

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), es un modelo de atención en salud específico para pacientes quirúrgicos, que en los últimos años ha alcanzado un importante desarrollo en gran parte del mundo. Los avances en cirugía mínimamente invasiva y técnicas anestésicas de rápida recuperación han permitido que la CMA, sea considerada la alternativa de elección para muchos tipos de procedimientos.

En términos generales, consiste en que los pacientes seleccionados se dan de alta el mismo día (o incluso pueden pernoctar, según la hora de la intervención quirúrgica), con la particularidad de tener una hospitalización ideal no mayor a 12 horas. La CMA, puede realizarse bajo anestesia general, regional o local.

Previo al alta se entregan indicaciones que el paciente debe seguir en su domicilio y se les realizará una llamada telefónica a las 24 horas de post operado, para identificar cualquier situación clínica que no corresponda, o responder dudas, con relación a su intervención quirúrgica y así evitar o disminuir riesgos prevenibles.

## Riesgos

El médico me ha explicado los riesgos comúnmente conocidos y las alternativas existentes, además de la posibilidad que mi hospitalización se prolongue en caso de presentarse complicaciones.

## Obligaciones:

Como paciente me comprometo a:

1. Organizar la vuelta a mi casa en la compañía de una persona responsable (mayor de 18 años y menor de 75 años).
2. No conducir ningún tipo de vehículo hasta después de las 24 horas siguientes a la anestesia.
3. Mantener el contacto telefónico con la Clínica o con mi médico para comunicarle cualquier anomalía de mi recuperación.

Por lo tanto, **CONSIENTO y FIRMO:**

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

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

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

## Revocación

Por mí mismo / en representación del paciente ya individualizado, dejo constancia de mi decisión de:

**Revocar** la autorización que firmé con anterioridad.

**Rechazar** la cirugía y/o procedimiento de Cirugía Mayor Ambulatoria.

En tales condiciones **REVOCO O RECHAZO** que se me efectúe la cirugía y/o procedimiento programado en modalidad CMA.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

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

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