**MINISTERIO DE SALUD**

**SERVICIO DE SALUD MAULE**

**HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS CURICÓ**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO EN DOCENCIA**

**Nombre Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nº Ficha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

El Hospital San Juan de Dios de Curicó es un centro asistencial-docente, que realiza actividades ejecutadas por alumnos, supervisadas por académicos y profesionales del Hospital, con el fin de contribuir al desarrollo educacional de generaciones futuras de profesionales y técnicos en salud.

Dichas acciones consistirán en efectuar entrevista clínica, examen físico y actividades acorde al nivel académico del alumno.

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cédula de identidad nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dejo constancia que he recibido sistemáticamente ésta información y comprendo sus alcances. Por lo tanto, **ACEPTO** el procedimiento que se me ha propuesto.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: Curicó, \_\_\_de\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cédula de identidad nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dejo constancia que he recibido sistemáticamente ésta información y comprendo sus alcances. Por lo tanto, **RECHAZO** el procedimiento que se me ha propuesto.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: Curicó, \_\_\_de\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_

**Revocabilidad:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cédula de identidad nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, he cambiado de opinión y **REVOCO** la decisión anteriormente firmada.

Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: Curicó, \_\_\_de\_\_\_\_de 20\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación del profesional Firma