

Consentimiento Informado BIOPSIA CORE DE MAMAS

	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:
-	ria es esencial para definir el tratamiento adecu muestra de la lesión para estudio de anatomía pa	
* Las muestras obtenidas serán enviadas sólo	a los laboratorios de anatomía patológica en co	nvenio vigente con Clínica Ciudad del Mar.
será derivada al Laboratorio de Anatomía Pate Es un procedimiento ambulatorio bajo ecogra	9	
Procedimiento a realizar		
Lateralidad: MAMA DERECHA MAMA IZQUIERDA	A AMBAS	
complicaciones. Estas complicaciones pued (enfermedades) como diabetes, hipertensión, De la misma forma, es fundamental que infe	da elección de la técnica y de su correcta realiza len presentarse, además, con mayor frecuen , obesidad, enfermedad cardiaca, enfermedad re orme a su médico sus enfermedades y medica consumiendo aspirina, anticoagulantes, entre otr nción pudiesen ser:	ncia, si usted presenta otras comorbilidades enal, enfermedades autoinmunes, entre otras. mentos que consuma, ya que algunos riesgos
	frecuentes y habitualmente se resuelven co esolución quirúrgica, se explicará al paciente el r	
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	ión usted debe saber y tener la seguridad que la . Finalmente, comprendo que se harán todos lo	
Declaro que se me han dado todas las facilida También expreso que este documento me ha	des para hacer preguntas acerca del examen. sido debidamente explicado y que entiendo tod	o lo que en él se señala.
En tales condiciones CONSIENTO que se me e	fectúe procedimiento BIOPSIA CORE DE MAMA	S.
Firma Médico	Firma Paciente	Firma Representante Legal