

## Consentimiento Informado del Paciente

Yo, \_\_\_\_\_, he sido informado del procedimiento a realizar por la empresa PROGESSA, entendiendo es para mi propio beneficio. También, reconozco que se me entregará toda la información obtenida de los procedimientos realizados y que sólo con esta autorización, PROGESSA podrá compartir información estadística que haya recolectado con la CAJA DE COMPENSACIÓN DE LOS ANDES.

Declaro que he contestado una serie de preguntas respecto del procedimiento, todas las cuales han sido respondidas con información que considero suficiente y aceptable. Por lo tanto, en forma voluntaria doy mi consentimiento para que se me realicen los siguientes procedimientos:

- a) Encuesta de Salud
- b) Test Fageström (Dependencia tabaco).
- c) Test AUDIT (Bebedor Problema).
- d) Toma de Presión Arterial.
- e) Medición de Glicemia.
- f) Medición de Colesterol Total y Triglicéridos.
- g) Antropometría.
- h) Consulta Médica.
- i) Examen Preventivo Dental, Higiene simple, Enseñanza de Técnica de Cepillado.

He tomado conocimiento que PROGESSA no se hará responsable de mi condición física como paciente al momento de realizar las prestaciones médicas ambulatorias descritas anteriormente, ni tampoco de los efectos de estas, por la falta de observancia de mi parte, de las recomendaciones dadas por las autoridades de salud.

Por lo anterior, manifiesto tener pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

Fecha:       (día-mes-año)

Rut:          -

\_\_\_\_\_  
Firma paciente