

ACTA DE INFORMACIÓN Y NO ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO CON INSULINA

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

RUT/Cédula: _____

Yo, el paciente arriba firmado, declaro que he sido informado por mi equipo tratante sobre la necesidad de iniciar tratamiento con insulina para el control de mi diabetes. Se me ha explicado que este medicamento es esencial cuando otros tratamientos ya no son suficientes para mantener mis niveles de azúcar en rangos seguros.

A pesar de las recomendaciones médicas, he decidido no iniciar o suspender el uso de insulina en este momento. Reconozco que se me han explicado, en palabras sencillas, los riesgos de mantener el azúcar elevada en la sangre de forma constante, los cuales incluyen:

- **Pérdida de la visión (Retinopatía):** Daño grave en los ojos que puede llevar a la ceguera permanente.
- **Daño en los riñones (Nefropatía):** El riñón puede dejar de funcionar, obligándome a depender de una máquina para limpiar mi sangre por el resto de mi vida (diálisis).
- **Problemas del corazón y cerebro:** Un riesgo mucho mayor de sufrir infartos al corazón o "derrames" cerebrales (parálisis).
- **Problemas en los pies:** Pérdida de sensibilidad y mala circulación, lo que facilita heridas que no sanan y que pueden terminar en la **amputación de dedos, pies o piernas**.
- **Daño en los nervios:** Dolores, hormigueos o pérdida de fuerza en las extremidades.

Comprendo que el azúcar alta es "silenciosa" y que no sentir dolor hoy no significa que mi cuerpo no se esté dañando. Libero de responsabilidad al equipo médico por las complicaciones derivadas de mi decisión, entendiendo que puedo cambiar de opinión y solicitar el tratamiento en cualquier momento.

Firma del Paciente: _____

Firma del Profesional: _____