

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA MAYOR

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre:Apellidos.....

2.- INFORMACIÓN GENERAL.

Todo procedimiento quirúrgico tiene implícita la posibilidad de ocurrencia de riesgos o complicaciones, que son inevitables, a pesar del esfuerzo y cuidado del equipo médico, y que en algunos casos limitan la posibilidad de lograr los beneficios terapéuticos asociados al tratamiento. Son ejemplo de estos casos: hematomas y sangramientos; infección a nivel superficial, profundo o sistémico; lesión de estructuras vasculares o nerviosas; pérdida de sensibilidad en zona operada; desarrollo de cicatrices hipertróficas, queloides, o pigmentadas; necrosis de piel; fibrosis; irregularidades superficiales; compromiso o daño neurológico; compromiso pulmonar o respiratorio; lesión sobre órganos, dificultad en procesos de cicatrización y cierre de heridas operatorias a nivel externo e interno y otros.

La realización de todo procedimiento quirúrgico supone necesariamente un período de recuperación, en general variable conforme al tratamiento realizado y, en particular, dependiente de las características propias de cada individuo y su evolución y capacidad de recuperación.

Siempre existe la posibilidad menor, que ante la evidencia de situaciones del pre operatorio o hallazgos intra operatorios no esperados, el cirujano deba suspender la cirugía o intervención programada, o variar la técnica escogida previamente, o bien que sea imperativo a la luz de la obligación del debido cuidado médico y beneficio de mi salud, ejecutar procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos no programados ni informados, como: toma de muestras para biopsia, cultivos, extirpación de nódulos o masas tumorales, liberación de tejido adherencial, etc.

Me han quedado claras las consecuencias de la no realización del acto quirúrgico y se me ha explicado acerca de otras alternativas, de existir ellas.

Además estoy informado(a) de los posibles cambios tanto en el diagnóstico como en las indicaciones de tratamiento planteadas al ingreso, a raíz de hallazgos intra-operatorios y/o secundarios a la propia evolución de la enfermedad.

Finalmente, he comprendido los objetivos del procedimiento o intervención, sus características y potenciales riesgos y se me ha aclarado todas las dudas que he planteado, se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el examen, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado.

3. DECLARO

Por el presente documento declaro que el profesional me ha dado a conocer y me ha explicado en términos que he podido comprender, lo siguiente:

La hipótesis diagnóstica : _____

Cirugía propuesta : _____

En consecuencia, doy mi consentimiento para la realización del procedimiento o intervención indicado.

4. CONSENTO

En Los Andesde..... del 201.....

RUN. Firma Paciente.....

REPRESENTANTE LEGAL.

Nombre: Apellidos.....,

RUN. Firma Representante legal.....

IDENTIFICACIÓN DEL MÉDICO (NOMBRE Y 2 APELLIDOS O TIMBRE)

.....

RUN. Firma médico.....