

Consentimiento informado general

Traumatología

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por el paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Mi diagnóstico o hipótesis diagnóstica

Declaro haber sido informado y se me ha explicado en detalle sobre la naturaleza y objetos de la operación y/o procedimiento a ejecutar, sus características, potenciales riesgos, complicaciones y molestias probables.

Se me han explicado también las distintas alternativas de tratamiento que existen para el cuadro diagnóstico que ha motivado mi consulta, y las ventajas y desventajas que cada una de éstas tiene desde un punto de vista general y para mi caso en particular. Que entre las alternativas a mi elección también está el no someterme a tratamiento alguno.

Se me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica quirúrgica por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Comprendo que aun cuando se elija la técnica adecuada y ésta se realice correctamente, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento:

- **Poco graves y frecuentes:** Infección de herida operatoria o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, hematoma, erosiones cutáneas, dolor prolongado en la zona de la lesión, pérdida de fuerza muscular en el área, disminución de movilidad articular, cicatriz hipertrófica.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Síndrome compartimental, distrofia simpático refleja, osteomielitis o artritis infecciosa, alteración del crecimiento óseo, calcificaciones en tejidos cercanos, necrosis cutánea, trombosis venosa, lesión neurovascular.
- **Poco frecuentes y graves:** Embolia pulmonar, embolia grasa, shock hipovolémico.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

Entiendo que la realización de todo procedimiento requiere someter al paciente a sedación o anestesia local, regional, epidural o general; técnica que será determinado para mi caso particular conforme a la valoración profesional que efectúe el equipo médico tratante y el anestesiólogo a cargo, considerando factores de carácter médico generales y mi condición personal; y que cualquiera sea la técnica escogida, ésta implicara ventajas y beneficios, pero también tiene asociados riesgos y complicaciones inherentes a su ejecución.

Siempre existe la posibilidad menor, que ante la evidencia de situaciones del pre operatorio o hallazgos intraoperatorios 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, transfusiones de sangre o de sus componentes, etc..

Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Especifique el nombre del procedimiento o intervención a realizar:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos):

Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

Completar sólo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: