

Consentimiento Informado General

Procedimientos invasivos o quirúrgicos

Nombre Paciente:.....

Fecha:.....

Rut:.....

Edad:.....

Declaro que el Dr. o Dra.:....., me ha explicado que, conforme a lo que yo he informado previamente, es posible proceder en mi situación al tratamiento quirúrgico para

Mi diagnóstico o hipótesis diagnóstica.

Las distintas alternativas de tratamiento que existen para el cuadro diagnóstico que ha motivado mi consulta, con sus variantes técnicas, 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.

Los beneficios y limitaciones que se describen para las distintas alternativas de tratamientos analizadas, tanto desde un punto de vista general, como para mi caso en particular.

Que todo procedimiento quirúrgico tiene implícito en su ejecución riesgos o complicaciones; incluso algunos asociados a la técnica de sedación o anestesia que se debe utilizar; todos los cuales a pesar de todas las medidas y cuidados adoptados por el equipo médico, son inevitables en su ocurrencia, como por ejemplo, problemas cardiovasculares, afecciones pulmonares o respiratorias, infecciones, compromisos o daño neurológico, hemorragias, reacciones alérgicas, trombosis, y otros tales como el riesgo de mortalidad que existe aunque sean en un porcentaje muy menor de los casos. También se me ha informado que todas las alternativas de tratamiento quirúrgico o invasivo propuestas, llevan 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.

Que la realización de todo procedimiento requiere de 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 anesthesiólogo 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.

Que todo procedimiento terapéutico tiene implícito limitaciones técnicas, que se traducen en la existencia de un porcentaje de casos en: que no se logra los beneficios terapéuticos esperados; que ante el fracaso de una técnica de avanzada tecnología o la ocurrencia de una complicación, se hace necesario convertir el procedimiento a técnicas clásicas más invasivas; que ante la obtención de efectos parciales se hace necesario efectuar reintervenciones o procedimientos complementarios; que ante la ocurrencia de una complicación se hace necesario efectuar reintervenciones y otros; todo lo cual depende de factores variables e imprevisibles, y que en tal caso deberé asumir los gastos hospitalarios y médicos que ello signifique.

Que la realización de todo procedimiento quirúrgico o invasivo 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.

Que 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.

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico de

.....

Nombre paciente:.....

Fecha:.....

Firma Paciente:.....

En los casos de menores de edad o pacientes con incapacidad de entendimiento:

Nombre familiar o representante:.....

RUT familiar o representante:.....

Grado de parentesco:.....

Firma familiar o representante:.....

Nombre médico:.....

FIRMA MÉDICO:.....