

Consentimiento Informado CIRUGÍA _____

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos

La cirugía programada le permitirá disminuir o eliminar las molestias por las cuales usted ha consultado. Existen alternativas médicas de tratamiento a esta cirugía que me han sido explicadas y he decidido en conjunto con mi médico que en mi caso es recomendable el tratamiento quirúrgico.

Características

Declaro que se me ha explicado en detalle y que conozco y he comprendido la intervención a la cual seré sometido, sus fines, riesgos que involucra, las posibles complicaciones, efectos colaterales y daños que puedan producirme.

Se requiere del uso de anestesia, la que será determinada por el médico anestesista atendida las características, beneficios y riesgos para el paciente. Durante la intervención se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su examen).

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad.

El tiempo de duración del postoperatorio y la hospitalización dependerá de las características particulares de cada paciente y de la intervención quirúrgica. Es también importante que usted sepa que en ocasiones, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados (derivados de la sangre).

Riesgos

Esta cirugía involucra riesgos, como toda intervención, tales como: posibilidad de presentar infecciones de la herida operatoria, reacciones alérgicas, hemorragias que requieran de una nueva intervención o desarrollar cicatrices hipertróficas (mayores a las habituales).

Es importante tener presente que los pacientes con enfermedades crónicas, metabólicas (como diabetes, obesidad) o cardiovasculares tienen un mayor riesgo quirúrgico, sobre el particular se puede solicitar mayor información al médico.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe este procedimiento.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal