

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Lateralidad**

DERECHO       IZQUIERDO       BILATERAL

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

**Objetivos**

Reparar la hernia inguinal, que es un defecto de la pared abdominal, por donde en algunos casos se desliza alguna víscera u órgano intrabdominal con riesgo de atascamiento y en algunos casos de estrangulación.

**Características**

La operación consiste en reparar el defecto herniario, reforzando la pared abdominal con una malla de polipropileno.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que el tipo de anestesia para esta operación puede ser local o raquídea.

**Riesgos**

A pesar de la correcta realización de la técnica quirúrgica pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, como otros específicos del procedimiento:

- Sangramiento o hematoma local
- Infección de la herida operatoria
- Acumulación de líquido bajo la piel (seroma)
- Dolor local prolongado
- Recidiva de la hernia, lo que con la colocación de malla es mínima

El médico me ha indicado de la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, enfermedades que yo sufra (Ej.: diabetes, hipertensión, asma, etc.) medicamentos que tome actualmente en forma diaria o cualquier otra circunstancia.

Finalmente, se me ha explicado que para tratar la hernia inguinal el único tratamiento es el quirúrgico.

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 procedimiento de **HERNIOPLASTIA INGUINAL CON MALLA**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal