

Anexo

DNEAIS-HCU-FORM.024

Modelo para elaborar formularios de consentimiento informado en la práctica asistencial

1. Título: "Consentimiento Informado para Anestesia"

2. Nombre del establecimiento de salud: HOSPITAL DH

3. Servicio del establecimiento de salud: Quirófano

4. NÚMERO DE CÉDULA/HCU DEL PACIENTE: 0930411178

5. FECHA: 19/10/2022

6. HORA: 10:00 A.M.

7.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD
<u>Solórzano</u>	<u>Proano</u>	<u>Daniel Antonio</u>	<u>32 años</u>

8. TIPO DE ATENCIÓN: Ambulatoria: _____ Hospitalización: ☒

9. NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO (codificación CIE10) Otro coxartrosis secundario, bilateral (M166)

10. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO Protesis de cadera Anestesia Subaracnoidia

11. ¿EN QUÉ CONSISTE? Anestesia local en espacio subaracnoidio

12. ¿CÓMO SE REALIZA? bajo asepsia y antiupsia, se coloca Sol. anestésica pesada

13. GRÁFICO DE LA INTERVENCIÓN (incluya un gráfico previamente seleccionado que facilite la comprensión al paciente)

14. DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN: 3 horas

15. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO: Analgesia, anestesia

16. RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES): Hipotensión

17. RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES): Parada cardíaca y muerte.

18. DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc.):

19. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO: General

20. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO: Monitorización analgésica

21. CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Continuar Patología

DNEAIS-HCU-FORM.024-anverso

22. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 14/12/11 Hora: 10:00

He facilitado la información completa que conozco, y me ha sido solicitada, sobre los antecedentes personales, familiares y de mi estado de salud. Soy consciente de que omitir estos datos puede afectar los resultados del tratamiento. Estoy de acuerdo con el procedimiento que se me ha propuesto; he sido informado de las ventajas e inconvenientes del mismo; se me ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del procedimiento. He escuchado, leído y comprendido la información recibida y se me ha dado la oportunidad de preguntar sobre el procedimiento. He tomado conciencia y libremente la decisión de autorizar el procedimiento. Consiento que durante la intervención, me realicen otro procedimiento adicional, si es considerado necesario según el juicio del profesional de la salud, para mi beneficio. También conozco que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Daniel Antonio Solórzano Proaño 0930411178

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella, según el caso

Ayelmo Xoveta

Dra. Galfuqui Pareda

MÉDICO ANESTESIOLOGO

Nombre de profesional que realiza el procedimiento

Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

Parentesco:

23. NEGATIVA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

Una vez que he entendido claramente el procedimiento propuesto, así como las consecuencias posibles si no se realiza la intervención, no autorizo y me niego a que se me realice el procedimiento propuesto y desvinculo de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende, por no realizar la intervención sugerida.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella, según el caso

Nombre del profesional tratante

Firma, sello y código del profesional tratante

Si el paciente no está en capacidad para firmar el consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal

Parentesco:

Si el paciente no acepta el procedimiento sugerido por el profesional y se niega a firmar este acápite:

Nombre completo de testigo

Cédula de ciudadanía

Firma del testigo

24. REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

De forma libre y voluntaria, revoco el consentimiento realizado en fecha y manifiesto expresamente mi deseo de no continuar con el procedimiento médico que doy por finalizado en esta fecha:
Libero de responsabilidades futuras de cualquier índole al establecimiento de salud y al profesional sanitario que me atiende.

Nombre completo del paciente

Cédula de ciudadanía

Firma del paciente o huella, según el caso

Si el paciente no está en capacidad de firmar la negativa del consentimiento informado:

Nombre del representante legal

Cédula de ciudadanía

Firma del representante legal