

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 DLM

3. Servicio del establecimiento de salud: Quirófano

4. NÚMERO DE CÉDULA/HCU DEL PACIENTE: 1711315729

5. FECHA: 25/Noviembre/2022 6. HORA: 16:30 PM

7.

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	EDAD
<u>Quezada</u>	<u>Cabrera</u>	<u>Romulo Genero</u>	<u>51 años</u>

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


9. NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO (codificación CIE10) S83S, S832 y M949

10. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO RECOMENDADO Anestesia Regional

11. ¿EN QUÉ CONSISTE? Bloqueo Regional L4, L5

12. ¿CÓMO SE REALIZA? Inyección bupivacaína paravertebral + tubo caudal

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



14. DURACIÓN ESTIMADA DE LA INTERVENCIÓN: 3:00

15. BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO: Reducción + analgesia

16. RIESGOS FRECUENTES (POCO GRAVES): Protocolo de

17. RIESGOS POCO FRECUENTES (GRAVES): Protocolo de

18. DE EXISTIR, ESCRIBA LOS RIESGOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE (edad, estado de salud, creencias, valores, etc.):
NO

19. ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO: Ninguna

20. DESCRIPCIÓN DEL MANEJO POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO: Manejo Post operatorio

21. CONSECUENCIAS POSIBLES SI NO SE REALIZA EL PROCEDIMIENTO: Complicación

DNEAIS-HCU-FORM.024-anverso

ANEXO DEL ACUERDO MINISTERIAL 5316:
MODELO DE GESTIÓN DE APLICACIÓN DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL

22. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: 21/11/12 Hora: 16:30

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 consciente 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.

Nombre completo del paciente: 1711315729
Cédula de ciudadanía: *[Firma]*
Firma del paciente o huella, según el caso: *[Firma]*
Nombre de profesional que realiza el procedimiento: *[Firma]*
Firma, sello y código del profesional de la salud que realizará el procedimiento: *[Firma]*
MÉDICO ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
REG. SENE 12-3801P-12-17-250

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

Nombre del representante legal: *[Firma]*
Cédula de ciudadanía: *[Firma]*
Firma del representante legal: *[Firma]*

Parentesco: *[Firma]*

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: *[Firma]*
Cédula de ciudadanía: *[Firma]*
Firma del paciente o huella, según el caso: *[Firma]*
Nombre del profesional tratante: *[Firma]*
Firma, sello y código del profesional tratante: *[Firma]*

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

Nombre del representante legal: *[Firma]*
Cédula de ciudadanía: *[Firma]*
Firma del representante legal: *[Firma]*

Parentesco: *[Firma]*

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

Nombre completo de testigo: *[Firma]*
Cédula de ciudadanía: *[Firma]*
Firma del testigo: *[Firma]*

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: *[Firma]*
Cédula de ciudadanía: *[Firma]*
Firma del paciente o huella, según el caso: *[Firma]*

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

Nombre del representante legal: *[Firma]*
Cédula de ciudadanía: *[Firma]*
Firma del representante legal: *[Firma]*