



CONSENTIMIENTO INFORMADO PERMISO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL EN MENOR DE EDAD

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-028 V1 05/10/2021

1. Yo _____ en mi condición de _____ del (la) menor _____ de _____ edad, autorizo al Dr. (a) _____ y a los asistentes de su elección en **CECIMIN S.A.S.**, a realizar en el paciente _____ la(s) siguiente(s) intervención(es) quirúrgica(s) o procedimiento(s) especial(es) _____, que se llevará a cabo el día ____ / ____ / ____ a las _____.
2. El Dr.(a) _____ me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica o procedimiento especial, y me ha informado de las ventajas, **beneficios** y posibles **alternativas**, en particular los siguientes: _____
3. Al igual que me ha informado cuales son las **complicaciones y riesgos** del procedimiento, _____ siendo _____ las _____ siguientes: _____
4. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas han sido contestadas satisfactoriamente así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados con mi intervención.
5. Entiendo que en el curso de la intervención quirúrgica o procedimiento especial pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales. Por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos si el medico arriba mencionado lo juzga necesario.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma; y me encuentro en capacidad de expresar mi libre consentimiento.

Firma del Paciente o Persona Responsable
C.c.

Firma de médico
Registro
Fecha:

Testigo:
C.c.
Estimado señor (a):



CONSENTIMIENTO INFORMADO PERMISO INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL EN MENOR DE EDAD

A-TIC-HC-MA-001-PR-003-FO-028 V1 05/10/2021

Usted está programado para realizarle un procedimiento quirúrgico bajo anestesia, lo que quiere decir: "SIN DOLOR".

Fundamentalmente en nuestra institución hablamos de cinco técnicas anestésicas:

1. Anestesia general
2. Anestesia regional (peridural o espinal)
3. Anestesia conductiva o troncular (que se limita a un segmento)
4. Anestesia local controlada (que se limita al área quirúrgica)
5. Técnica combinada, como es la anestesia peridural complementada

El anestesiólogo le sugerirá la técnica más indicada de acuerdo con el procedimiento quirúrgico que se le va a realizar; a su estado físico, estado anímico y a patologías (enfermedades) coexistentes. Ejemplos:

- Circulatorios: Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, síndromes antifosfolípidos, policitemia, anticoagulación.
- Respiratorios: Enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis crónica, asma bronquial.
- Endocrinos: Enfermedades de la glándula tiroides, enfermedad de Cushing.
- Metabólicos: Diabetes mellitus, obesidad o sobrepeso importante
- Neurológicos: Estados convulsivos. Síndromes neurálgicos, miastenia.
- Digestivos: Cirrosis hepática, hepatitis
- Estados infecciosos o alérgicos
- Antecedentes de complicaciones personales o familiares durante anestесias anteriores.

En la mayoría de los casos existen posibilidades alternas en las diferentes técnicas, en otros hay indicaciones muy especiales.

Tenga presente que en todo procedimiento y con cualquiera de las técnicas disponibles existen riesgos; nuestro deber, así como el de su médico tratante, es optimizar su estado y así tratar de disminuirlos y piense que, con los actuales avances técnicos, tanto quirúrgicos como anestésicos, con las drogas y aparatos de monitorización y con nuestro compromiso personal su intervención será exitosa.

Una vez lea esto, si desea realizar alguna pregunta adicional, hágalo durante la consulta y firme la hoja adjunta de "información consentida" denominada PERMISO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL EN MENOR DE EDAD.

Muchas gracias

Departamento de Anestesia

CECIMIN S.A.S