


## FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE UNA BIOPSIA	Pág 1 de 3
	Código del Documento:	IMG-FOR-018	Versión 2
	FECHA: Septiembre 25 de 2008		

Yo \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos del paciente), de \_\_\_\_\_ años de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_ Expedida en \_\_\_\_\_

### DECLARO

Que el doctor \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a la realización de una BIOPSIA CERRADA, de la lesión localizada en \_\_\_\_\_


- 1- El propósito principal de la intervención consiste en el estudio anatómico-patológico, inmunohistoquímico, bacteriología y/o citogenética de la lesión.
- 2- La intervención precisa únicamente de anestesia local y consiste en la obtención de una muestra parcial de la lesión, mediante punción con aguja
- 3- Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria, como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios.

Por mi situación actual, y el tipo de biopsia a realizar, el médico me ha explicado que pueden aumentar riesgos o complicaciones entre los más comunes están: las infecciones superficiales o profundas y las hemorragias.

- 4- Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

## FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE UNA BIOPSIA	Pág 2 de 3
	Código del Documento:	IMG-FOR-018	Versión 2
	FECHA: Septiembre 25 de 2008		

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. De ésta manera declaro cumplida a satisfacción la obligación impuesta a los médicos en el Artículo 15 de la Ley 23 de 1981 y en las demás disposiciones legales que desarrollan el tema del consentimiento informado del paciente.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

Que me realice la BIPOSIA DE \_\_\_\_\_

Dado en Armenia a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_

#### PACIENTE

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

DOC IDENTIDAD \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

#### MEDICO


FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

CEDULA \_\_\_\_\_

TP \_\_\_\_\_

## FUNDACIÓN ALEJANDRO LONDOÑO

	Nombre del Documento:	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACION DE UNA BIOPSIA	Pág 3 de 3
	Código del Documento:	IMG-FOR-018	Versión 2
	FECHA: Septiembre 25 de 2008		

### REVOCACION

Yo \_\_\_\_\_ (nombres y apellidos del paciente), de años de edad, identificado (a) con cédula de ciudadanía No. \_\_\_\_\_

Expedida en \_\_\_\_\_

**REVOCO** el consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_

Y no deseo proseguir, que doy con ésta fecha pro finalizado.

Dado en Armenia a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_

#### PACIENTE

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

DOC IDENTIDAD \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

#### MEDICO

FIRMA \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

CEDULA \_\_\_\_\_

TP \_\_\_\_\_