

## **CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS. HERNIOPLASTIA / EVENTROPLASTIA.**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....

1. Yo ....., (*consignar nombre completo del paciente*) habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos mi enfermedad, los riesgos de la misma, los objetivos, alcances, características y consecuencias del tratamiento, autorizo al **Dr./a** ....., y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención conocida como....., que se realizará en .....-
2. Se me ha informado que se denomina hernia a la protrusión, salida o deslizamiento de un órgano o tejido a través de una abertura natural; y que se denomina eventración a la prociencia o salida de las vísceras abdominales por una zona u orificio de la pared abdominal debilitada quirúrgica, traumática o patológicamente, distinta a los orificios naturales.  
Asimismo se me ha aclarado que todas las eventraciones, como las hernias en general, deben en principio ser operadas y reconstruidas sus paredes. En general pueden exceptuarse de esta indicación aquellas pequeñas eventraciones que no tienen anillo estrecho, que no aumentaron de tamaño en varios años y que no producen dolor ni molestias. Pero para todas las demás se aconseja su reconstrucción.  
También se me informó que pueden emplearse diferentes técnicas quirúrgicas, aunque todas tienen por objetivo la reducción del contenido herniario/eventrógeno, y la reconstrucción de la pared u orificio debilitado o dañado.
3. Se me han explicado los riesgos de la cirugía. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
  - a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
  - b) Las complicaciones que pueden originarse como consecuencia de una hernioplastia/eventroplastia son las propias de toda intervención quirúrgica, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación y a título ejemplificativo las siguientes: Recidiva, dolor neurítico persistente, atrofia testicular, inflamación de la zona operada, decoloración de la piel, hematoma (acumulación de sangre), seroma (acumulación de líquidos), trastornos de la conducción nerviosa periférica, tejido cicatrizal anormal (cicatrización hipertrófica o queloide), infección, absceso de herida, necrosis, hiperpigmentación, hemorragias, fístulas.
4. Conozco que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el cirujano, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el cirujano, o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
5. Se me ha explicado la naturaleza y propósitos de la intervención quirúrgica propuesta, y los riesgos y consecuencias de no acceder a la misma; especialmente se me ha advertido que si me opongo a su realización presento un alto riesgo de padecer alguna de las complicaciones propias de la patología como ser: atascamiento, estrangulación, perforación y necrosis intestinal, todas con un alto índice de morbilidad.
6. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesista, y que en mi caso se utilizará anestesia.....Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.---
7. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no me han sido garantizados la obtención de los mismos.-
8. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano

cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.-----

9. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a:-----

10. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad. -----

**Firma del paciente:** .....

**Aclaración:**.....

**Documento:** .....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....

Firma: .....

Aclaración: .....

Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

Documento: .....

Teléfono: .....

Domicilio: .....