

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA

Nombre _____

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) _____,
como cirujano(a) y el ayudante que el (ella) designe me realicen _____
COMO TRATAMIENTO PARA _____

Entiendo que esta cirugía
consiste básicamente en _____

Esta cirugía no garantiza totalmente los resultados esperados. Se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar el problema por el cual consulté.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), apraxias (cambios en la sensibilidad de la piel), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...), reacciones alérgicas, irritación frénica, anemia, heridas involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga, intestino u otros órganos, eventración (hernias en la cicatriz. Existen otros riesgos como: _____

También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelviperitonitis, choque hemorrágico o trombosis que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA.

Firma del paciente: _____ Firma del esposo/a, compañero _____

RUN: _____ RUN: _____

Ciudad y fecha _____