	<b>MEINTEGRAL S.A.S</b>		<b>Código:</b> EC-SP-FT-CICCNP-TV-245	
	<b>FORMATO</b>		<b>Versión:</b> 1.0	<b>Año:</b> 2023
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA CARDIOVASCULAR NEONATAL Y PEDIATRICA</b>		<b>Página</b> 1 de 3	

<b>FECHA</b>		<b>HORA</b>		<b>SERVICIO</b>			
<b>PRIMER APELLIDO</b>		<b>SEGUNDO APELLIDO</b>		<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>SEGUNDO NOMBRE</b>	
<b>NACIONALIDAD</b>		<b>TIPO DE IDENTIFICACIÓN</b>				<b>NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN</b>	
		C C	CE	RC	TI	CN	AS MS
<b>SEXO BIOLÓGICO</b>				<b>IDENTIDAD DE GENERO</b>			
H	M	INTERSEXUAL/INDETERMINADO		M	F	TRANSGÉNERO	NEUTRO NO DECLARA
<b>DISCAPACIDAD</b>		FÍSICA		VISUAL		SORDOCEGUERA	
		AUDITIVA		INTELECTUAL		PSICOSOCIAL	
						SIN DISCAPACIDAD	
						DISCAPACIDAD MÚLTIPLE	
						VICTIMA CONFLICTO	
						SI NO	
<b>COMUNIDAD ÉTNICA</b>							
INDÍGENA		ROM		RAIZAL		NEGRO	
						PALENQUERO	
						AFROCOLOMBIANO	
						NINGUNA	
<b>MUNICIPIO</b>		<b>ZONA</b>		<b>DIRECCIÓN</b>			
		U R					
<b>TELÉFONO</b>		<b>TELÉFONO</b>		<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>			
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PBS</b>							

## NORMAS VIGENTES:

Dentro de las normas éticas exigidas al profesional médico en Colombia por la Ley 23 de 1981, se encuentra el deber de informar adecuada y oportunamente a todos sus pacientes los riesgos que pueden derivarse del tratamiento que les será practicado, solicitando su consentimiento anticipadamente (Arts. 15 y 16). Adicional alo anterior, la Resolución 3100 de 2019 establece que El prestador de servicios de salud cuenta con un procedimiento de consentimiento informado que incluye mecanismos para verificar su aplicación, para que el paciente o usuario o su responsable aprueben o no documentalmente el procedimiento e intervención en saluda que va a ser sometido, previa información de los beneficios, riesgos, alternativas e implicaciones del acto asistencial.

Por tanto, con el presente documento escrito se pretende informar a usted y a su familia acerca del (los) procedimiento (s) que se le practicará, por lo que solicitamos llene de su puño y letra los espacios en blanco.

## EN QUÉ CONSISTE

Su hija(o), familiar o menor legalmente a su cargo, tiene una enfermedad cardiovascular que requiere de un procedimiento quirúrgico para su tratamiento. La Cirugía Cardiovascular que se le va a realizar es:

---



---



---

Este procedimiento se hará de forma: Electiva ☐ Urgente ☐

En una Cirugía Cardiovascular se hacen diferentes procedimientos. Estos varían de acuerdo con el paciente y el tipo de enfermedad cardíaca que tenga. Las complicaciones más frecuentes son: sangrado, reintervención quirúrgica por sangrado, infecciones (de la sangre, de las heridas

	<b>MEINTEGRAL S.A.S</b>		<b>Código:</b> EC-SP-FT-CICCNP-TV-245	
	<b>FORMATO</b>		<b>Versión:</b> 1.0	<b>Año:</b> 2023
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA CARDIOVASCULAR NEONATAL Y PEDIATRICA</b>		<b>Página</b> 2 de 3	

quirúrgicas, de la orina, del pulmón, de las válvulas del corazón, del cerebro y de los huesos como el esternón, entre otros) y dada la situación actual, riesgo de contagio con SARS COV2. También se puede presentar: falla del corazón para iniciar o mantener su función (falla cardíaca), infarto cardíaco, arritmias, bloqueos cardíacos y necesidad de marcapasos (dispositivo que ayuda al corazón a mantener su ritmo); alteraciones en el funcionamiento de los riñones (necesidad de diálisis), afectación de los pulmones como trombosis de las arterias pulmonares, acumulación de líquido y/o sangre alrededor de los pulmones (derrame pleural y/o hemotorax), presencia de aire por fuera del pulmón (neumotórax o enfisema); alteraciones en el sistema nervioso (trombosis y derrame/hemorragia cerebral), lesiones de nervio o cadenas ganglionares; en el sistema gastrointestinal (sangrado, trombosis y embolismo, isquemia/necrosis); lesiones vasculares arteriales (disección de aorta y otras arterias); lesiones de las venas y linfáticos (quilotórax); alteraciones en la sangre y sus componentes como defectos de la coagulación y anemia; acumulación de sangre alrededor del corazón que no le permita funcionar de manera adecuada (Taponamiento cardíaco) y muerte.

Adicionalmente, es frecuente que según los hallazgos intraoperatorios existan tejidos que ameriten evaluación en el laboratorio clínico o de patología, por lo tanto, autorizo la toma de muestra y el estudio correspondiente.

También doy mi autorización al Dr. Alberto Hernández Suárez para que, si en el acto quirúrgico surge alguna situación inesperada, el equipo médico haga el tratamiento o tome las medidas que considere prudentes incluyendo la variación en la técnica quirúrgica programada y el apoyo de otras especialidades.


Reconozco que todas las explicaciones e información se me ha dado en lenguaje claro y sencillo y que el Dr. Alberto Hernández Suárez me ha permitido hacer todas las preguntas y observaciones al respecto.

**Declaro** que he entendido adecuadamente lo que me ha explicado el Dr. Alberto Hernández Suárez con RM 6769468, con respecto a la enfermedad que padece mi hija(o), familiar o menor legalmente a mi cargo, al tipo de procedimiento que se va a practicar, así como los riesgos y posibles complicaciones. Además de la situación de riesgo de infección por SARS COV2. Sumado a esto me ha explicado que el riesgo de muerte es del \_\_\_\_\_% aproximadamente.

Igualmente acepto que todo el grupo de profesionales que laboran en la Clínica Meintegral, sean médicos tratantes en las horas y días que el Dr. Hernández no esté presente, al igual que personal en formación que asisten a la institución como también de algunos otros especialistas, si el caso lo amerita.

Manifiesto, estar satisfecho(a) con la información recibida y comprendo el alcance y los riesgos explicados.

**Por lo tanto: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ ACEPTO QUE SE HAGA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO AQUÍ PROPUESTO** y en consecuencia doy mi consentimiento al Dr. Alberto Hernández Suárez para la realización de e l/ los procedimientos.

	<b>MEINTEGRAL S.A.S</b>		<b>Código:</b> EC-SP-FT-CICCNP-TV-245	
	<b>FORMATO</b>		<b>Versión:</b> 1.0	<b>Año:</b> 2023
	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO CIRUGIA CARDIOVASCULAR NEONATAL Y PEDIATRICA</b>		<b>Página</b> 3 de 3	

### Firmas y documento del paciente, tutor o representante legal, médico tratante

Firma Tutor o Representante Legal		Firma Cirujano Cardiovascular Dr. Alberto Hernández Suárez	
C.C.	Parentesco:	<b>C.C. 6769468 y RM 6769468</b>	

### EXCEPCIÓN A LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En caso de que no se aplique el consentimiento informado, seleccione que circunstancia está relacionada y realice la respectiva nota en la historia clínica

<input type="checkbox"/>	Paciente que no cuenta con un familiar, tutor o representante legal.
<input type="checkbox"/>	Paciente en urgencia vital y que requiere de una actuación inmediata

### Nota aclaratoria:

***En caso de que usted como representante legal o tutor de un paciente menor de edad, se niegue a los procedimientos o intervenciones necesarias para mejorar las condiciones de salud de dicho paciente, Meintegral S.A.S activará las rutas de atención necesarias ante las entidades competentes con el fin de velar por la defensa de los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes.***

<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisado por:</b>	<b>Aprobado por:</b>
Cirujano Cardiovascular	Coordinación Médica	Coordinación de Calidad