

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO MEDICO Y QUIRURGICO

Nombre Completo: JUAN GONZALEZ

Fecha Nacimiento: 01/09/1971

Mi (s) médico (s) me han informado que él (los) procedimiento (s) que planifica (n) hacerme es (son) el (los) siguientes, cirugía o tratamiento propuesto a realizar

CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A y todas sus afiliadas considera que usted tiene derecho a ser informado (a) y tomar decisiones con respecto a los tratamientos y procedimientos médicos y/o quirúrgicos que se le efectúen. Usted debe ser parte de la decisión de este proceso. Su (s) médicos debe (n) proveerle la información sobre el tratamiento médico quirúrgico propuesto basado en su condición.

La información siguiente contiene un texto estándar de consentimiento informado para procedimientos médicos y quirúrgicos, utilizado tanto para procedimientos menores como en los más complicados y serios. No ha sido elaborado por asustarlo o alarmarlo, es un esfuerzo para que usted sea RAZONABLEMENTE INFORMADO (A) y explicarle que TODOS los procedimientos conllevan riesgos. Por ejemplo, en muchas operaciones solo presentan la posibilidad remota de necesitar transfusiones sanguíneas, sin embargo las mismas son mencionadas en este texto.

Si usted no comprende algo PREGUNTE a su(s) médico (s).

Si usted tiene dudas o preguntas no contestadas NO FIRME ESTE DOCUMENTO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Reconozco durante el curso de mi operación, cuidados post operatorio, tratamiento médico, anestesia, analgesia u otro procedimiento, existen condiciones imprevistas así como riesgos y complicaciones asociadas que pueden necesitar procedimiento diferentes o adicionales a los que hayan sido descritos en el presente documento. Por esta razón autorizo a mi(s) medico(s) y a sus asistentes, a realizar dicho procedimiento quirúrgico y cualquier otro procedimiento que sea necesario en el buen ejercicio y juicio profesional de los mismos. La autorización que doy se extiende al tratamiento de todas las condiciones que requieran tratamiento inmediato y/o complicaciones asociadas y que surjan como inconvenientes potenciales y/o riesgos durante o después del procedimiento o cirugía.
- 1.

He sido informado (a) que existen riesgos significativos tales como reacciones alérgicas, coágulos en las venas y pulmones, pérdida de sangre, infecciones, paro cardíaco, que pueden llevarme a la muerte, incapacidad parcial o permanente y que suscitarse deben ser atendidos.

2. Reconozco que en los casos en donde son necesarias incisiones y/o suturas pueden ocurrir infecciones, dolor en la herida, formación de hernias (debilidad o abombamiento) y que esta complicaciones pueden requerir tratamientos o procedimiento futuros

3. Reconozco en la lista de riesgos y complicaciones de este documento pueden no estar incluidos todos los riesgos posibles o conocidos de la cirugía o procedimiento que se me planifica realizar, pero que la misma expone las complicaciones más comunes o severas. Reconozco que en futuro pueden emerger complicaciones no mencionadas en este documento.

4. **Reconozco que mi (s) médico (s) me ha (n) me ha señalado los beneficios razonables esperados, pero no me ha (n) dado garantía ni seguridad del resultado que pueda obtenerse la cirugía o procedimiento ni en la cura de mi condición.**

5. Doy el consentimiento para el uso de transfusiones sanguíneas y productos sanguíneos que sean necesarios a criterio de mi(s) médico(s). Reconozco los riesgos inherentes a las transfusiones de sangre y tengo el conocimiento que el CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A, practica todas las pruebas de laboratorio necesarias y disponibles actualmente para evitar enfermedades transmisibles como lo son la hepatitis y el VIH pero igualmente se me ha informado de la existencia de un riesgo de contraer estas enfermedades debido a la posibilidad de que las mismas se encuentren en periodo de incubación o ventana al momento de hacer las pruebas al donante y por lo tanto no puedan detectarse en ninguna prueba de laboratorio.

6. Autorizo mi (s) médico (s) para que según los procedimientos usuales dispongan de los tejidos o parte de los mismos que sean removidos quirúrgicamente por ejemplo para estudios histopatología.

7. **ENTIENDO QUE CUALQUIER ASPECTO DE ESTE DOCUMENTO QUE YO NO ENTIENDA ME DEBE SER EXPLICADO CON MAYORES DETALLES POR MI(S) MÉDICO(S) O A SUS ASOCIADOS.**

8. **Certifico que mi(s) médico(s) me ha(n) oportunidad de hacer preguntas y me ha (n) informado del carácter y naturaleza de los procedimientos médicos quirúrgicos propuestos, de los beneficios que obtendría de los mismos, incluyendo las consecuencias de la ausencia de tratamiento. Me han informado de las posibles complicaciones, riesgos conocidos y de las formas alternas de tratamientos.**

9. Las siguientes son las excepciones referentes al tratamiento (s), y /o examen (s) y/o intervención (s) quirúrgica (s) y/o procedimiento (s) y/o suministros de medicamento (s) y/o transfusiones, y/o suministro de anestesia que lleguen a considerarse en algún momento (Describa las alergias o niega alergias del paciente):

10. Estoy consciente que el médico (s) tratante (s) no (son) empleado (s) del CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A y por consiguiente exoneramos al CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A de cualquier responsabilidad o negligencia de (los) medico (s) lo que incluye y no se limita no accionar contra el CLINICA ESPECIALIZADA DE AZUERO S.A por tales circunstancias.

11. **CERTIFICO QUE TENGO LA SUFICIENTE INFORMACION PARA DAR ESTE CONSENTIMIENTO Y QUE MI(S) MEDICO (S) ME HA(N) PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACION MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHO (A) CON LAS EXPLICACIONES QUE ME HA(N) DADO Y NO NECESITO MAS INFORMACIÓN.**

Firma del Paciente

Firma de su representante o guardián legal

Testigo (solo de la firma)

Firma del médico

Fecha: 11/04/2024 12:33:12 PM