

## CONSENTIMIENTO INFORMADO INTERVENCIÓN QUIRURGICA

Panamá, República de Panamá a los días 11 del mes de abril del 2024. Quien suscribe, JUAN GONZALEZ, portador(a) de la cedula de identidad personal numero 8-00-678-887 de 52 años de edad, por este medio autorizo al Cuerpo Médico de este Hospital para que se practique la siguiente operación o procedimiento quirúrgico (o cualquier otra intervención que considere indicada).  
Individualizarla:

Consiento también, a que se me realicen el tratamiento que consideren convenientes Antes de proceder a firmar éste documento asegúrese de:

1. Haber sido informado por su médico sobre su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como los posibles riesgos y complicaciones que pudieran presentarse durante y posteriormente a la intervención que se les practicará.
2. Si le quedan dudas sobre el punto anterior o no comprende el contenido de éste documento PREGUNTE a su(s) médico(s).
3. Si aun así le quedan dudas o preguntas no contestadas a satisfacción. NO FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

### CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

- Reconozco que durante el curso de mi operación, cuidado post-operatorio, tratamiento médico, anestesia, analgesia u otro procedimiento existen condiciones imprevistas que pueden necesitar procedimientos diferentes o adicionales a los que hayan sido descritos en el presente documento, por esta razón autorizo a mi(s) médico(s) y a sus asistentes o designados, a realizar dicho procedimiento(s) que sea(n) necesario(s) en el buen ejercicio profesional de los mismos. La autorización que doy se extiende al tratamiento de todas las condiciones que requieren tratamiento inmediato y que surian como imprevistos durante o después del procedimiento o cirugía.
1. He sido informado(a) que existen riesgos significativos que pudieran surgir en el curso de la operación y en el post-operatorio tales como las reacciones alérgicas, coágulos en las venas y pulmones, pérdida de sangre, infecciones y paro cardiaco, que pueden llevarme a la muerte, incapacidad parcial o permanente y de 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 estas complicaciones puedan requerir tratamientos o procedimientos futuros.
  3. Reconozco que 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 el futuro pueden emerger complicaciones no mencionadas en este documento.
  4. **Reconozco que mi(s) médico(s) me ha(n) señalado los beneficios razonables esperados pero no me ha(n) dado garantía ni seguridad del resultado que puede obtenerse de la cirugía o procedimiento ni en la cura de mi condición.**
  5. Autorizo a mi médico(s), para que según los procedimientos usuales dispongan de los tejidos o partes de los mismos que me sean removidos quirúrgicamente.

### 7. ENTIENDO QUE CUALQUIER ASPECTOS DE ESTE DOCUMENTO QUE YO NO COMPRENDA ME DEBE SER EXPLICADO CON MAYORES DETALLES PREGUNTÁNDOLE A MI(S) MÉDICO(S).

8. Certifico que mi(s) médico me ha(n) dado la oportunidad de hacer preguntas y me ha(n) informado del carácter y naturaleza del (los) procedimiento(s) médico quirúrgico(s) propuesto(s), de los beneficios que obtendría de los mismos, incluyendo las consecuencias de la ausencia de tratamiento. Me ha(n) informado también de las posibles complicaciones, riesgos conocidos y de las formas alternas de tratamiento.
9. Certifico que tengo la suficiente información para dar éste consentimiento y que mi(s) médico(s) me ha(n) preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecho(a) con las explicaciones que me ha(n) dado y no necesito más información.

Declaro: Que he leído/comprendido la información precedente, que he sido informado por él médico de los riesgos del procedimiento, que me ha explicado las posibles alternativas y que sé que, en cualquier momento, puedo revocar mi consentimiento sin dar explicación alguna. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me ha aclarado todas las dudas planteadas.

Nombre del Paciente o quien Represente

Firma del Paciente o quien Representa

Cédula: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Médico intervencionista

Firma del médico intervencionista

**Nota: En caso de menores de edad, discapacitados, la autorización debe firmada por sus padres y en defecto por sus representantes.**