

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente PRUEBAS SYAC

**DOCUMENTO /
HISTORIA**

17128514

Edad 13 Años, 9 Meses, 7 Días **Sexo** Masculino

Fecha Nacimiento 29/11/2005 **Dirección** CARRERA 5

Procedencia MEDELLIN **Ingreso** 933035

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad COOMEVA EPS

Regimen Contributivo

Nombre
Acudiente

Telefono

Nombre
Acompañante

Telefono

FOLIO N° 26

Fecha/Hora inicio Folio 06/09/2019 16:17:44

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 16:20:31

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 16:20:31

Estrato CUOTA MODERADORA NIVEL DOS
Parentesco

CONSENTIMIENTO INFORMADO TERAPIA

Yo, PEPITO PEREZ

Identificado(a) con cédula de ciudadanía N°: 17128514

en calidad de PACIENTE

Por medio de la presente, otorgo en forma libre mi aprobación a la Terapeuta DIEGO ALEJANDRO AGUDELO JIMENEZ

para que se me realice el proceso terapéutico, con el objetivo de mejorar mi condición clínica, me sean realizadas las intervenciones necesarias, para tal fin.

Prevía advertencia de su parte de los riesgos previstos, consecuencias y logros que pueda traer el tratamiento, según constancias en mi historia clínica, cuyo contenido conozco y entiendo suficientemente las explicaciones dadas por el profesional.

OBSERVACIONES Y/O RIESGOS

OBSERVACIONES Y/O RIESGOS DE PRUEBAS

CERTIFICO QUE :

a) He leído o me han leído el contenido de este documento

b) Entiendo y acepto el contenido

c) El propósito de la (as) intervención (es) propuesta (s) me ha sido satisfactoriamente explicada, incluyendo los riesgos posibles y las alternativas de tratamiento.

d) Me han dado toda la información que solicité y tuve amplia oportunidad de preguntar sobre los puntos específicos de mi interés.

e) Por todo lo anterior expuesto doy mi autorización y consentimiento, y en constancia firmo:

**Firma y
nombre de
quien da el**

consentimiento PEPITO PEREZ

CC 17128514

En calidad de PACIENTE

Fecha 06/09/2019 16:20:31




Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO

R. M. : 15255-372992 BYC

MEDICINA GENERAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACION CESAREA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre Acudiente		Telefono		Parentesco	
Nombre Acompañante		Telefono			

FOLIO N° 27		Fecha/Hora Inicio Folio	06/09/2019 16:29:52
Fecha/Hora Grabación	06/09/2019 16:31:45	Fecha/Hora Confirmación	06/09/2019 16:31:45

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Tomado de FEDERACION COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PRUEBAS SYAC

en forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO como cirujano (a), y el ayudante que él (ella) designe, me realicen operación CESÁREA, por indicación médica.

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en la extracción de mi hijo por una apertura quirúrgica en la pared anterior de mi abdomen y que su justificación es debida a que en las circunstancias actuales de mi embarazo consistentes en :

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en la extracción de mi hijo por una apertura quirúrgica en la pared anterior de mi abdomen y

hacen presumir un mayor riesgo, para mi y/o para mi bebé, durante un parto vaginal.

Se me ha explicado que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, por no ser la medicina una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico, se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes de la cesárea: infecciones (urinarias, uterinas, pélvicas, abdominales, de la herida, etc.), hipotonía uterina (no contracción del útero) y hemorragias con la posible necesidad de transfusión sanguínea intra o posoperatoria, seromas (acumulación de líquido en la herida), hematomas (moretones). Existen otras complicaciones de menor frecuencia que requieren otras cirugías inmediatas (histerectomía o laparotomía), o posteriores tales como: eventraciones (hernias), adherencias, dehiscencia de las suturas y otras. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi peritonitis, ruptura uterina en los siguientes embarazos, trombosis o muerte que, aunque son poco frecuentes representan, como en toda intervención quirúrgica, un riesgo excepcional de morir 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:

Entiendo que para esta cirugía se requiere de anestesia, cuya realización está a cargo del servicio de anestesia y sus riesgos serán valorados y considerados por el médico (a) anestesiólogo (a). Se me informa la necesidad

Entiendo que para esta cirugía se requiere de anestesia, cuya realización está a cargo del servicio de anestesia y sus riesgos serán valorados y considerados por el médico (a) anestesiólogo (a). Se me informa la necesidad de la presencia de un médico capacitado para la atención de mi recién nacido, quien ejercerá un acto médico independiente al cirujano obstetra.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, 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 en que se me realice OPERACIÓN CESÁREA.





AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R. M. : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma

Firma Paciente

CC 17128514

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA LAPAROSCOPICA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Día	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Estado Civil	Soltero
Procedencia	MEDELLIN	Telefono	8351020
Ingreso	933035	Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS
Nombre Acudiente		Telefono		Parentesco	
Nombre Acompañante		Telefono			

FOLIO N° 28	Fecha/Hora Inicio Folio	06/09/2019 16:32:30
Fecha/Hora Grabación	06/09/2019 16:36:52	Fecha/Hora Confirmación
	06/09/2019 16:36:52	

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Tomado de FEDERACION COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PRUEBAS SYAC

en forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO como cirujano(a) y el (la) ayudante que él (ella) designe, me realicen cirugía laparoscópica, como tratamiento para: (Nombre) en forma voluntaria, consiento en que el (la) doctor (como cirujano(a) y el (la) ayudante que él (ella) designe,

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la introducción de gas a través del abdomen y luego la colocación de un tubo por el ombligo que contiene un instrumento óptico para ver en el interior y por medio de otros orificios en diferentes sitios, la colocación de pinzas e instrumentos quirúrgicos para realizar la cirugía observando la imagen proyectada en un televisor.

Se me ha explicado y entiendo que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y pericia en obtener el mejor resultado.

También he entendido que para mi problema, existen otros tipos de tratamiento tales como: (Nombre) en forma voluntaria, consiento en que el (la) doctor (como cirujano(a) y el (la) ayudante que él (ella) designe,

y voluntariamente he elegido la cirugía laparoscópica.

Yo autorizo para que mi cirugía sea observada con fines didácticos, ya sea directamente o en el vídeo que se grabará de mi cirugía, el cual no será identificado con mi nombre, pero sí usado por fuera de mi historia clínica médica.

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor o problemas urinarios, sangrado, infección, reacciones alérgicas o retención urinaria, heridas involuntarias en el útero, tubas, ovarios, intestino, vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como histerectomía (perdida del útero), colostomía (comunicación del intestino a la piel del abdomen), hemorragia severa, parálisis o muerte 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, él (la) médico (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Yo entiendo los cuidados que debo tener antes y después de esta cirugía, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo y me ha dado

Yo entiendo los cuidados que debo tener antes y después de esta cirugía, 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 y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC

Firma

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 16:36:52

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE CERVIX

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente		Telefono			
Nombre					
Acompañante					

FOLIO N° 29

Fecha/Hora Grabación	06/09/2019 16:41:41	Fecha/Hora inicio Folio	06/09/2019 16:40:50
		Fecha/Hora Confirmación	06/09/2019 16:41:41

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE CÉRVIX

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Tomado de FEDERACION COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PRUEBAS SYAC

en forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO

En mi caso particular el médico me ha dicho que va a realizarme:

CIRUGIA DE CERVIX

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en la exploración del cérvix con un aparato de aumento llamado colposcopio. Según los hallazgos se hará extirpación de las estructuras que estén afectadas por medio de la toma de biopsia o resección de una porción redondeada del cérvix en forma de cono (conización). Dependiendo del criterio médico, también se pueden hacer cauterizaciones que consisten en una destrucción de la superficie del cérvix ya sea con sustancias químicas o con frío (criocauterio).

Esta cirugía no garantiza la total identificación y/o desaparición de mi problema, ni evita que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado 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 obtener el mejor resultado.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos tales como: sangrado o hemorragias, con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria) que requieran para su control taponamientos vaginales por algún tiempo y/o cirugías para contener la hemorragia, infecciones con posible evolución febril, reacciones alérgicas, mala cicatrización (estenosis o estrechez o al contrario dilatación permanente, lo que puede producir problemas para un futuro embarazo), perforaciones involuntarias de órganos vecinos como vejiga, intestino, colon, vasos sanguíneos, fistulas urinarias o intestinales, persistencia del problema, reaparición del problema en el mismo o sitio o en otras partes. La posibilidad de complicaciones severas como histerectomía, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica existe un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

Entiendo que el material que se saque se someterá a estudio anatomopatológico posterior en el laboratorio de patología de

ENTIENDO

siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico.

Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA DE CÉRVIX.

AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 16:41:41

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA Y ESTUDIO INFERTILIDAD

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años \ 9 Meses \ 10 Dí	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Direccion	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					

FOLIO N° 30

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 6 de septiembre de 2019 16:43:40

CONSENTIMIENTO INFORMADO CONSULTA Y ESTUDIO INFERTILIDAD

(En cumplimiento del programa educativo de Sovogin)

PEPITA PEREZ

Y PEPITO PEREZ

En Calidad de PRUEBA

En este acto médico el(la) doctor(a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO

previo análisis de sus antecedentes, datos de la historia clínica y del examen físico, les ordenará exámenes diagnósticos para tratar de encontrar la causa por la cual posiblemente no logran un embarazo.

Si no informan adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos sin que estos resultados sean atribuibles a su médico.

Algunos resultados pueden ser demorados, algunos incómodos o le pueden producir dolor. En ocasiones no se encuentra la causa de infertilidad con la inmediatez esperada y serán necesarios otros exámenes más complejos. En un porcentaje importante no se puede encontrar la causa, declarándose una infertilidad inexplicable. Algunas pacientes se pueden embarazar durante el transcurso de la realización de dichos exámenes.

Entendemos todo lo arriba escrito y también entendemos que si decidimos no realizar los exámenes diagnósticos y/o los tratamientos ordenados, las consecuencias son ajenas del actuar de mi médico sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

Firma
Femenino
Femenino PEPITA PEREZ
CC 17128514

Fecha 06/09/2019 16:43:40

Firma
Masculino
Masculino PEPITO PEREZ

Fecha 06/09/2019 16:43:40

AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONTROL PRENATAL

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	

Acudiente

Nombre

Acompañante

FOLIO N° 31

Fecha/Hora inicio Folio 06/09/2019 16:45:34

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 16:46:23

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 16:46:23

CONTROL PRENATAL

(En cumplimiento de la ley 23 de 1981)

Tomado de FEDERACION COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PRUEBAS SYAC

En este acto médico el (la) doctor(a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO

me realizará la atención y el control prenatal de mi actual proceso de gestación.

Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se puede ocasionar confusión en el diagnóstico o error en la selección del tratamiento que busca mi bienestar y el de mi hijo, sin que estos resultados sean atribuibles a mi médico.

En todo proceso de gestación pueden ocurrir complicaciones previsibles, entre otras: aborto espontáneo (en un 20%), defectos físicos o mentales (4%), parto pretérmino (bebé nacido antes de los 9 meses), toxemia (edema progresivo con aumento de la tensión arterial y daño progresivo de órganos), placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, accidentes del cordón umbilical, malposición fetal, embolismo (porciones de líquido o sangre en el pulmón), ruptura uterina, toxemia complicada (hemorragias, convulsiones, problemas de coagulación y muerte) y otras que son raras en el embarazo pero existiendo un riesgo de muerte materna y/o fetal derivado del proceso de gestación o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular mi médico tratante me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

DHOISHGDISHGSDGSDIUSGDIUS SDIUGSIUDYGS DSUYSDSDHOISD+SSOJDOISJDOISPSJDOISJDSOSIJ

Todos estos riesgos y complicaciones son independientes de la calidad del control médico.

Yo entiendo este acto médico y acepto los riesgos arriba explicados y entiendo que si no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante y/o no cumplo las citas de control y/o decido no realizar los exámenes diagnósticos y/o los tratamientos ordenados, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.

AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Paciente

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 16:46:23

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HISTERECTOMIA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC		DOCUMENTO / HISTORIA	17128514	
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Dí	Sexo	Masculino	Estado Civil	Soltero
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5	Telefono	8351020
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035	Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS
Nombre Acudiente		Telefono		Parentesco	
Nombre Acompañante		Telefono			

FOLIO N° 32

Fecha/Hora Grabación	06/09/2019 16:48:20	Fecha/Hora inicio Folio	06/09/2019 16:47:23
		Fecha/Hora Confirmación	06/09/2019 16:48:20

que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice HISTERECTOMÍA.

AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514
Fecha 06/09/2019 16:48:20

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA INCONTINENCIA URINARIA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años \ 9 Meses \ 10 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					

FOLIO N° 33

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 6 de septiembre de 2019 16:57:10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Tomado de FEDERACION COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PRUEBAS SYAC

en forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
y el ayudante asignado, me realicen cirugía PARA INCONTINENCIA URINARIA, por presentar escape involuntario de la orina por la uretra.

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en la elevación de la vejiga por medio de unos puntos de sutura los cuales pueden realizarse por vía vaginal, vía abdominal, vía laparoscópica, vía transuretral o en forma combinada abdominal y vaginal, dependiendo del criterio médico y de los recursos técnicos que tenga la institución.

Esta cirugía no garantiza la total desaparición de mi problema, ni evita que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o recidivas. Se me ha explicado 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 obtener el mejor resultado.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos tales como: 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), sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, de piel, abscesos, peritonitis), reacciones alérgicas, anemia, perforaciones involuntarias de órganos como vejiga, uretra, intestino, colon, vasos sanguíneos, fístulas urinarias o intestinales, hernias abdominales, adherencias, obstrucción intestinal por bridas, obstrucción de la uretra y vagina con necesidad de permanecer con sonda vesical por tiempo prolongado y dificultades para las relaciones sexuales, persistencia de la incontinencia o reaparición en el futuro inmediato o tardío. La posibilidad de complicaciones severas como septicemia (infección generalizada), ligadura de grandes vasos, uréter, uretra, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de morir 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:

NDDSAFDSF SDFUGDSUYFDS DSUJGDSAUFGDS DSAUGDSAGFD DUGUYDSGFDS DSBFUDSYGFDS

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Yo he entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas, y todas ellas han sido resueltas 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 PARA INCONTINENCIA URINARIA.

AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 16:57:10

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERCLAJE

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años \ 9 Meses \ 10 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					

FOLIO N° 34

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 6 de septiembre de 2019 16:59:27

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CERCLAJE

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Tomado de FEDERACION COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PRUEBAS SYAC

en forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO y el ayudante que el (ella) designe me realicen CERCLAJE para tratar de prevenir un aborto.

Entiendo que este procedimiento consiste básicamente en la colocación de unos puntos de sutura alrededor del cuello uterino, tratando de cerrarlo para que el bebé permanezca adentro y evitar que se produzca un aborto.

Esta cirugía no garantiza el nacimiento de un bebé de término o completamente sano, se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta. Entiendo que todo lo que harán será colocar los puntos muy cuidadosamente haciendo lo mejor tanto para la madre como para el feto, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

He sido informada y entiendo que como en toda cirugía y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones de un cerclaje: contracciones uterinas, sangrado, infecciones, desgarros del cuello uterino, ruptura de la bolsa amniótica con pérdida fetal y parto prematuro. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como: pelvi peritonitis, ruptura uterina, hemorragia, trombosis o muerte 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:

DSF.DSNFHBDSFHSKJFGKJDSGFDS
DLFHDSIFGDSF}DSFKJDS

Entiendo que para este procedimiento se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CERCLAJE.

AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 16:59:27

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen Contributivo	Estrato CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono	Parentesco
Acudiente			
Nombre		Telefono	
Acompañante			

FOLIO N° 35

Fecha/Hora Inicio Folio 06/09/2019 17:01:09

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 17:03:16

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 17:03:16

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LEGRADO

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO me realice LEGRADO UTERINO por presentar:

JKGKJVKJGVKJGVJHVIUG IUG IIUF IUYG UY GIUYT7UF7F

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en limpiar la cavidad endometrial (parte interna del útero o matriz) por vía vaginal a través del cuello uterino. A veces es necesario un segundo legrado para completar esta evacuación sobre todo en los casos de aborto retenido. La intervención consiste en dilatar el cuello uterino (algunas veces no hay necesidad de dilatar por encontrarse el cuello ya entreabierto) y la extracción de restos ovulares o endometriales con pinzas, legas romas y cortantes o bien por aspiración. En algunos casos es necesario colocar el día anterior a la evacuación tallos de laminaria para lograr dilatación cervical progresiva o la aplicación de oxitocina o sustancias prostaglandínicas.

Se me ha explicado 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 obtener el mejor resultado.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independiente del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, tales como: infecciones (urinarias, uterinas, de las trompas...), hemorragias con la posible necesidad de transfusión sanguínea intra o posoperatoria, perforación de útero, persistencia de restos, abscesos, dolor pélvico, adherencias (pélvicas o intrauterinas). También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como infertilidad, infecundidad, pelvi peritonitis, 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:

JHGJ GIUGIUGIU

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia. Entiendo que el material que se saque se someterá a estudio anatomopatológico posterior en:

LBVIU JHVFUHHG GC

siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico.

He entendido los cuidados que debo tener antes y después, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien 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 LEGRADO UTERINO.



AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL



Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 17:03:16

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROTOMIA EXPLORADORA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Estado Civil	Soltero
Procedencia	MEDELLIN	Telefono	8351020
Dirección	CARRERA 5	Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31
Ingreso	933035		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS
Nombre Acudiente		Telefono		Parentesco	
Nombre Acompañante		Telefono			

FOLIO N° 36

Fecha/Hora Inicio Folio 06/09/2019 17:05:22

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 17:09:40

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 17:09:40

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO

como cirujano(a) y el ayudante que él (ella) designe, me realicen cirugía LAPAROTOMÍA EXPLORADORA ante la dificultad para llegar a un diagnóstico correcto a través de otras pruebas diagnosticas por presentar:

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la apertura de la cavidad abdominal por medio de una herida en la cara anterior del abdomen y revisión de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos se hará extirpación de las estructuras que estén indicadas (apéndice, epiplón, anexos, ovarios, matriz, etc.) drenaje de sangre o pus. En caso de encontrar un tumor de sospecha cancerosa se podrá tomar biopsia por congelación para decidir según su resultado el tipo de intervención que debe hacerse como extirpación de todo el aparato genital con cadenas ganglionares o simplemente cirugía reductora (sacar parte del tumor). En caso de encontrarse muchos órganos lesionados será necesario la participación de otros especialistas (cirujano, urólogo, etc.)

Esta cirugía no garantiza totalmente la identificación y/o desaparición de mi problema, ni evita que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta y que por lo tanto los que la siguen no pueden garantizar resultados que no dependen exclusivamente del médico, debiendo ellos colocar todos sus conocimientos y pericia en obtener los mejores resultados.

También he entendido que existen otros métodos diagnósticos como:
KJDSJFDSBFDS DCDSAFDSAKJHG SADSADSA SADSAD

los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones tales como: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloides (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, de piel, abscesos, peritonitis) reacciones alérgicas, anemia, perforaciones involuntarias de órganos vecinos como vejiga, intestino, colon, vasos sanguíneos, fistulas urinarias o intestinales, hernias abdominales, adherencias, obstrucción intestinal por bridas. En caso de ser necesaria la extracción de la matriz se quedará con una permanente imposibilidad para tener hijos y si se extraen los ovarios se entrará en menopausia requiriendo reemplazo hormonal de acuerdo a criterio médico. La posibilidad de complicaciones severas como sepsis (infección generalizada), colostomía, ligadura de grandes vasos o de uréter, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROTOMIA EXPLORADORA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Estado Civil	Soltero
Procedencia	MEDELLIN	Telefono	8351020
Dirección	CARRERA 5	Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31
Ingreso	933035		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS
Nombre Acudiente		Telefono		Parentesco	
Nombre Acompañante		Telefono			

FOLIO N° 36

Fecha/Hora Inicio Folio 06/09/2019 17:05:22

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 17:09:40

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 17:09:40

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

SADSADSAD DFCDSAF

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, cuyo riesgo será valorado, se realizara y será responsabilidad del servicio de anestesia.

Entiendo que la pieza o piezas extirpadas se someterán a estudio anatomopatológico inmediatamente por congelación o posteriormente según criterio médico
GFDDSGFDSGFDS

en teniendo que estar pendiente de su resultado final e informarlo al médico.

Manifiesto que 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. Manifiesto que yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.



AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL



Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R. M. : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514
Fecha 06/09/2019 17:09:40

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCION DE OVULACION

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años \ 9 Meses \ 10 Día	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					

FOLIO N° 37

FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 6 de septiembre de 2019 17:11:32

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DE OVULACIÓN

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO como medico tratante y los asistentes que él (ella) designe, me realicen INDUCCIÓN DE OVULACIÓN con el propósito de conseguir quedar embarazada.

Entiendo que este tratamiento consiste en la administración de diferentes medicamentos bajo supervisión médica (ecografica y/o controles sanguíneos hormonales) con el fin de lograr que mis ovarios ovulen y se pueda producir la fecundación, para iniciar un nuevo embarazo. Entiendo además que posiblemente serán necesarios varios meses de tratamiento con cambios y ajustes de los medicamentos.

Entiendo que este tratamiento no garantiza el lograr un embarazo, pues la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que por lo tanto no se puede garantizar resultados que no dependen exclusivamente del médico, debiendo el personal asignando colocar todo su conocimiento y pericia para obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como:

VUGVGVUYGFUYTGUFY

los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método médico.

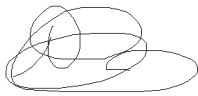
Entiendo que como en todos los tratamiento médicos pueden aparecer complicaciones tales como: embarazo múltiple, hiperestimulación ovárica moderada, torsión de los ovarios o roturas de quistes foliculares, los cuales necesitarán resecciones parciales y muy raramente extracción total del ovario. La posibilidad de complicaciones severas como hiperestimulación ovárica severa con descompensación generalizada y muerte son raras, pero como en toda situación vital, existe un riesgo excepcional de morir derivado del tratamiento médico aquí indicado o de la situación vital de cada paciente.

Entiendo también que los hijos concebidos por este método, como lo normal de la población humana, tienen la posibilidad de nacer con defectos físico o mentales y que la ocurrencia de estos defectos es independiente del control médico, por consiguiente asumo la responsabilidad por las características físicas y mentales de los hijos que nazcan como resultado de este tratamiento. Entiendo también que mi embarazo tendrá los riesgos de la población general en la cual aproximadamente el 20% termina en aborto y otras complicaciones obstétricas como: parto prematuro, toxemia, ruptura de membranas, etc.

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

JBKJKJHIUHOIUH

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Manifiesto que he entendido sobre las condiciones y objetivos del tratamiento que se me va a practicar, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento médico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice INDUCCIÓN DE OVULACIÓN.



Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 17:11:32

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCION DEL PARTO

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente				PRUEBAS SYAC		DOCUMENTO / HISTORIA		17128514			
Edad		13 Años, 9 Meses, 7 Días		Sexo		Masculino		Estado Civil		Soltero	
Fecha Nacimiento		29/11/2005		Direccion		CARRERA 5		Telefono		8351020	
Procedencia		MEDELLIN		Ingreso		933035		Fecha Ingreso		06/09/2019 16:14:31	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente		Telefono			
Nombre		Telefono			
Acompañante					
FOLIO N° 38		Fecha/Hora Inicio Folio	06/09/2019 17:12:24		
Fecha/Hora Grabación	06/09/2019 17:13:13	Fecha/Hora Confirmación	06/09/2019 17:13:13		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO

En forma voluntaria y sin ninguna presión, consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO y el personal paramédico asignado, me realicen y controlen la INDUCCIÓN MÉDICA DEL PARTO.

Entiendo que ese procedimiento consiste básicamente en provocar la finalización del embarazo, por causas medicas u obstétricas, lo cual se puede realizar de diferentes formas, dependiendo de las características de cada caso, quedando a juicio del médico tanto su indicación como la elección del método empleado.

La formas más frecuentes de realizar esta inducción son:

1. Rotura de la bolsa amniótica.
2. Administración intracervical de gel de prostaglandinas o tabletas, que se utiliza para mejorar la maduración del cuello uterino.
3. Administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, que puede realizarse directamente o después de alguno de las anteriores.

Este procedimiento terminará con el nacimiento de un nuevo bebé. ESTA ATENCIÓN MÉDICA NO GARANTIZA EL NACIMIENTO DE UN BEBÉ COMPLETAMENTE SANO; se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que por lo tanto no se puede garantizar resultados que no dependen exclusivamente del médico. El personal asignado debe colocar todo su conocimiento y su pericia para buscar obtener el mejor resultado.

He sido informada y entiendo que la inducción del parto es ampliamente utilizada y sus riesgos no son elevados, pero que como en cualquier procedimiento médico puede condicionar a complicaciones en la madre o en el feto, siendo las más importantes:

1. Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de las 24 horas de la rotura de la bolsa amniótica.
2. Aparición de sufrimiento fetal agudo, por disminución del aporte de oxígeno del feto durante las contracciones uterinas.
3. Fracaso de la inducción.
4. Ruptura uterina, complicación cuyo riesgo aumenta cuando se administra oxitocina o prostaglandinas y que supone un grave riesgo para la vida de la madre y del feto.
5. Prolapso de cordón, complicación que puede ocurrir tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal.
6. Falta de contracción uterina después del parto o cesárea con hemorragia severa.

La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente a la realización de una cesárea abdominal para salvaguardar la vida de la madre o del niño y, en caso de ruptura uterina o falta de contracción

uterina con hemorragia, será necesario la extracción de la matriz (histerectomía) quedando con una imposibilidad

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCION DEL PARTO

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente				PRUEBAS SYAC		DOCUMENTO / HISTORIA		17128514			
Edad		13 Años, 9 Meses, 7 Días		Sexo		Masculino		Estado Civil		Soltero	
Fecha Nacimiento		29/11/2005		Direccion		CARRERA 5		Telefono		8351020	
Procedencia		MEDELLIN		Ingreso		933035		Fecha Ingreso		06/09/2019 16:14:31	

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					
FOLIO N° 38		Fecha/Hora Inicio Folio	06/09/2019 17:12:24		
Fecha/Hora Grabación	06/09/2019 17:13:13	Fecha/Hora Confirmación	06/09/2019 17:13:13		

permanente de tener hijos (esterilidad).

La posibilidad de complicaciones severas como histerectomía, pelvi-peritonitis, ruptura uterina, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de morir 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:

WEWRERER V REEERE ERE ER ER ERERERE ER ER ER

Entiendo que si tengo necesidad de cirugía se requerirá de anestesia, cuya realización está a cargo del servicio de anestesia y sus riesgos serán valorados y considerados por el médico (a) anestesiólogo (a). Se me informa la necesidad de la presencia de un médico capacitado para la atención de mi recién nacido, quien ejercerá un acto médico independiente al cirujano obstetra.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico, quien me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción. Manifiesto que he entendido sobre las condiciones y objetivos de la atención que se me va a practicar, los cuidados que debo tener, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento médico-quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice INDUCCIÓN MÉDICA DEL PARTO y acepto SE REALICE CESÁREA en caso de complicaciones o si el equipo médico lo considera necesario.



AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL



Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514
Fecha 06/09/2019 17:13:13

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA COMO TRATAMIENTO DE
INFERTILIDAD**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente PRUEBAS SYAC				DOCUMENTO / HISTORIA		17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino	Estado Civil	Soltero	
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5	Telefono	8351020	
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035	Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31	
DATOS DE AFILIACIÓN						
Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS	
Nombre Acudiente		Telefono		Parentesco		
Nombre Acompañante		Telefono				
FOLIO N° 39			Fecha/Hora Inicio Folio	06/09/2019 17:15:11		
Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 17:16:18			Fecha/Hora Confirmación	06/09/2019 17:16:18		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA COMO TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO como cirujano(a) y el ayudante que el (ella) designe me realicen CIRUGIA COMO TRATAMIENTO PARA INFERTILIDAD por presentar:

DSFREWR R ERGERER ER ERTETER ER ERTER

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la adecuación de los órganos pélvicos para concebir un embarazo, la cual puede realizarse por: laparoscopia, histeroscopia, microlaparotomía(pequeña herida), o comúnmente vía abdominal (herida en la cara anterior del abdomen), utilizando a veces instrumentos ópticos de aumento (lupas, microscopios, etc.). Este procedimiento depende de mi problema en particular pero frecuentemente consiste en liberar adherencia o abrir la terminación de la trompa, para recuperar la permeabilidad de las trompas de Falopio. A veces es necesario la nueva unión de las trompas con una sutura muy fina bajo visión microscópica (reanastomosis).

Esta cirugía no garantiza el lograr un embarazo, ni evita la posibilidad de que aparezcan nuevas adherencias o se obstruyan nuevamente las trompas en el futuro. Se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas, por lo que mi médico debe todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar las posibilidades que tengo de lograr un embarazo.

También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como:

RTER TET EERT ET ERTERTERM LKE LKEWÑLEWRC MPEW,MPGC,J.WAGXKGCTE

los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, tales como: 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), apraxia (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, dolor pélvico, reaparición de adherencias, hidrosalpinx, reobstrucción de las trompas, fistulas, eventración (hernias en la cicatriz) o ruptura de embarazo ectópico. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA COMO TRATAMIENTO DE
INFERTILIDAD**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Estado Civil	Soltero
Procedencia	MEDELLIN	Telefono	8351020
Dirección	CARRERA 5	Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31
Ingreso	933035		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS
Nombre Acudiente		Telefono		Parentesco	
Nombre Acompañante		Telefono			

FOLIO N° 39

Fecha/Hora Inicio Folio 06/09/2019 17:15:11

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 17:16:18

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 17:16:18

peritonitis, choque hemorrágico, 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:

EGERGER G ERET PPOUWRPOWER PWERPWPR

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Entiendo que si es necesario extraer algún tejido, se someterá a estudio anatomopatológico posterior en:

ÑOHWPOJH EWJPOWJRWJ WPOWW PORW

siendo mi deber el reclamar el resultado e informarlo al médico.

He entendido sobre 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 este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA PARA INFERTILIDAD.



AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL



Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 17:16:18

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOMECTOMÍA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					

FOLIO N° 40

Fecha/Hora Inicio Folio 06/09/2019 17:17:03

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 17:18:29

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 17:18:29

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOMECTOMÍA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO como cirujano(a) y el ayudante que el (ella) designe, me realicen cirugía DE MIOMECTOMÍA como tratamiento para miomatosis uterina.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la extirpación de uno o más miomas tratando de conservar el útero o matriz, la cual puede realizarse por: laparoscopia, histeroscopia, microlaparotomía (pequeña herida), o comúnmente vía abdominal (herida en la cara anterior del abdomen). Entiendo que existe la posibilidad según el estado de los miomas de que el cirujano se vea en la necesidad de proceder a una HISTERECTOMÍA, cirugía que consiste en la extirpación del útero con o sin cuello, lo que supone la imposibilidad de tener hijos, así como la ausencia de menstruaciones. La histerectomía puede llevar asociadas la extirpación de los anexos (ovarios y trompas) según edad, patología asociada y criterio médico en el momento de la intervención. Al extirpar los ovarios se instaura la menopausia, pudiendo recibir terapia hormonal sustitutiva posteriormente, según indicación médica.

Esta cirugía no garantiza la desaparición total de los miomas, ni evita la posibilidad de que aparezcan nuevos miomas en el futuro. 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 obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como hormonales para las hemorragias y para disminuir temporalmente su tamaño, y analgésicos para el dolor, los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico de MIOMECTOMÍA.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones de la miomectomía: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloides (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria), infecciones (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...), reacciones alérgicas, irritación frénica, anemia, cambios en la sensibilidad de la piel, heridas o quemadura por bisturí eléctrico involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos, dolor pélvico, adherencias, fistulas, eventración (hernias en la cicatriz), prolapsos (descensos) de cúpula vaginal, cuando se saca la matriz, problemas en los ovarios cuando se conservan los anexos o ruptura uterina en un embarazo posterior. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi peritonitis, trombosis o hemorragia severa con choque, 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. Entiendo claramente que si es necesario realizar HISTERECTOMÍA esta operación me dejará con una permanente incapacidad para tener hijos y acepto la infertilidad producida por ella.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MIOMECTOMÍA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					

FOLIO N° 40

Fecha/Hora Inicio Folio 06/09/2019 17:17:03

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 17:18:29

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 17:18:29

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

FWFEWFHEROIHGFERHV HOIFIERUHGGERERIRUEH IERHOIHEROIHERGHER OIERHGGEIRHGIERHG

Entiendo que para esta cirugía, se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Entiendo que la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior en siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico.

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 MIOMECTOMÍA.



AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL



Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 17:18:29

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE OCLUSION TUBARICA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					

FOLIO N° 41	Fecha/Hora Inicio Folio	06/09/2019 17:29:30
Fecha/Hora Grabación	06/09/2019 17:32:36	Fecha/Hora Confirmación
		06/09/2019 17:32:36

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE OCLUSIÓN TUBÁRICA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO como cirujano(a) y el ayudante que él (ella) designe, me realicen cirugía DE OCLUSIÓN TUBÁRICA con el objeto de impedir un nuevo embarazo.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio, la cual puede realizarse por laparoscopia, microlaparotomía (pequeña apertura en la pared abdominal anterior), vaginal o durante una cesárea. Existe una muy pequeña posibilidad de embarazarme después de que la cirugía haya sido realizada. Se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y la cirugía no son ciencias exactas, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar obtener el mejor resultado.

También entiendo que existen otros tipos de contracepción (métodos de evitar embarazo) que son temporales y reversibles tales como: métodos hormonales (píldoras anticonceptivas, inyecciones, norplant), dispositivos intrauterinos, métodos de barrera y naturales, los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico irreversible. Entiendo claramente que esta operación me dejará con una permanente incapacidad para tener hijos y acepto la infertilidad producida por ella.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones como: 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), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...), reacciones alérgicas, irritación frénica, anemia, cambios en la sensibilidad de la piel, heridas o quemadura por bisturí eléctrico involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga u otros órganos, dolor pélvico, adherencias, eventración (hernias en la cicatriz), hidrosalpinx (acumulación de líquido en las trompas seccionadas) o embarazo ectópico. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi peritonitis, trombosis o hemorragia severa con choque 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:

VJHHTF U IU IU UGT IUIIGT8I

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

He entendido las condiciones y los 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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE OCLUSION TUBARICA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Direccion	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					

FOLIO N° 41

Fecha/Hora Inicio Folio 06/09/2019 17:29:30

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 17:32:36

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 17:32:36

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 DE OCLUSIÓN TUBARICA.



Firma Paciente

CC 17128514

Lugar de expedición DUITAMA

Nombre Acompañante PEDRO PEREZ

CC 123456789064645

En calidad de ACOMPAÑANTE

Lugar de expedición DUITAMA



AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL



Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R. M. : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE RELAJACION DE PISO
PELVICO**

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años, 9 Meses, 7 Días	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
Estado Civil	Soltero		
Telefono	8351020		
Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31		

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre Acudiente		Telefono		Parentesco	
Nombre Acompañante		Telefono			

FOLIO N° 42	Fecha/Hora Inicio Folio	06/09/2019 17:35:11
Fecha/Hora Grabación	06/09/2019 17:36:02	Fecha/Hora Confirmación
		06/09/2019 17:36:02

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGIA DE RELAJACIÓN DE PISO PÉLVICO

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO como cirujano(a) y el ayudante que el (ella) designe, me realicen CIRUGÍA PARA RELAJACIÓN DEL PISO PÉLVICO como tratamiento para prolapso vaginal.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la reconstrucción del piso pélvico que incluye tratamiento del descenso de vejiga y recto y/o lesión preexistente en vulva, vagina y periné. Esta cirugía se puede realizar toda vía vaginal, vía abdominal o en forma combinada abdominal y vaginal.

Se me ha explicado y entiendo que como en todo acto médico no puede existir garantía en los resultados, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros tipos de tratamientos como: pesarios, ejercicio y medicamentos para aliviar los síntomas los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, tales como: náuseas, vómito, dolor, inflamación, granulomas en vagina (reacción a cuerpo extraño o sutura), hematomas, cistitis, retención urinaria (imposibilidad para orinar), sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (abscesos, urinarias, de pared abdominal), reacciones alérgicas, anemia, heridas o lesiones involuntarias en vejiga, recto u otros órganos, fistulas (escape involuntario de orina o materia fecal por la vagina), defectos de cicatrización que pueden producir estrechamientos vulvovaginales, dispareunia (dolor con las relaciones sexuales), persistencia de la incontinencia urinaria y de los prolapsos (descensos). También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelvi peritonitis, septicemia (infección generalizada), trombosis o muerte, 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:

GERGFERGFERGER RRERTERT TER ERTER TER T R ERT ERT ERT ÑIJGOR OOE JE
ERTERW



AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL



Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 17:36:02

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA GINECOLOGICA

DATOS PERSONALES

Nombre Paciente	PRUEBAS SYAC	DOCUMENTO / HISTORIA	17128514
Edad	13 Años \ 9 Meses \ 10 Día	Sexo	Masculino
Fecha Nacimiento	29/11/2005	Dirección	CARRERA 5
Procedencia	MEDELLIN	Ingreso	933035
		Estado Civil	Soltero
		Telefono	8351020
		Fecha Ingreso	06/09/2019 16:14:31

DATOS DE AFILIACIÓN

Entidad	COOMEVA EPS	Regimen	Contributivo	Estrato	CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 1
Nombre		Telefono		Parentesco	
Acudiente					
Nombre		Telefono			
Acompañante					

FOLIO N° 43 **FECHA GRABACIÓN DE FOLIO 6 de septiembre de 2019 17:55:07**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA GINECOLÓGICA

(En cumplimiento del programa educativo de Sovogin)

En este acto médico, el(la) doctor(a): AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
previo análisis de mis antecedentes, datos de la historia clínica y del examen físico, me ordenará exámenes diagnósticos para aclarar el problema por el cual consulté. Posteriormente me hablará del(los) tratamiento(s) o procedimiento(s) que considere idóneos para tratar de solucionarlo o aliviarlo y de los riesgos previsibles de éstos.

Entiendo que si no informo adecuadamente y con la verdad todos los datos necesarios, se pueden ocasionar confusiones en el diagnóstico o errores en la selección de los tratamientos, sin que estos resultados sean atribuibles al médico. Así como si decido no realizar los exámenes diagnósticos ordenados, o no cumpla los tratamientos ordenados y/o no acepto las intervenciones sugeridas por mi médico tratante, pueden presentarse reacciones adversas, ajenas al actuar de mi médico, sin que ello signifique pérdida de mis derechos a la atención profesional posterior.



AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL



Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R. M. : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514
Fecha 06/09/2019 17:55:07

ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA
HISTORIA CLÍNICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN DE MASA EN SENO
NOMBRE DEL PACIENTE: PRUEBAS SYAC

ESTADO CIVIL Soltero

Apertura HC: 06/09/19 16:14

HISTORIA CLINICA: 17128514

IDENTIFICACION 17128514

FOLIO 933035

Cierre HC: 06/09/19 18:02

Dirección: CARRERA 5

Procedencia: MEDELLIN

Telefono: 8351020

Fec. Nacimiento: 29/11/2005

Edad: 13 Años \ 9 Meses \ 10 Días

Ocupación:
Entidad: COOMEVA EPS

Plan: COOMEVA EPS

Nivel / Estrato CUOTA MODERADORA NIVEL DOS 12700

Tipo de Regimen: Regimen_Simplificado

Nombre Responsable :
Sexo: Masculino

Ingreso: 933035

Fecha ingreso : 06/09/19 16:14

Dirección Responsable:
Causa Externa: Otra

Finalidad de Consulta: No_Aplica

Telefono Responsable:
Fecha/Hora inicio Folio 06/09/2019 17:55:51

Fecha/Hora Confirmación 06/09/2019 18:02:23

Fecha/Hora Grabación 06/09/2019 18:02:23

**ANTECEDENTE
S**

TIPO	FECHA	OBSERVACIONES
IMPRESION DIAGNOSTICA CODIGO CEI - 10		
CODIGO	NOMBRE	OBSERVACIONES
H571	DOLOR OCULAR	PRINCIPAL TIPO <input type="checkbox"/> Presuntivo
R509	FIEBRE, NO ESPECIFICADA	<input checked="" type="checkbox"/> Presuntivo

(Nombre)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a), _____ como cirujano(a) y el (la)ayudante que él (ella) designe, me realicen cirugía DE RESECCION DE MASA EN SENO O BIOPSIA DE SENO ante la dificultad para llegar a un diagnóstico a través de otras pruebas diagnósticas, por presentar una masa en el seno y/o hallazgos en la mamografía.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en sacar por medio de una apertura de la piel de mi seno las posibles estructuras comprometidas en el problema y un examen de los tejidos por un patólogo para ayudar a llegar al diagnóstico de mi enfermedad.

Se me ha explicado y entiendo que como en todo acto médico no puede existir garantía en la identificación y desaparición de mi problema, ni este procedimiento evita la posibilidad de que aparezcan nuevas masas en el futuro, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros métodos diagnósticos como biopsia por aspiración, mamotiron o ERWFEWRETERTERTERTERTERTER

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia. Entiendo que la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior en ERTERTERTERTERTERT

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, tales como: dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), necrosis de la piel, granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril y abscesos, reacciones alérgicas, dificultad con una futura lactancia, deformación del seno. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como septicemia (infección generalizada), o trombosis que, aunque son poco frecuentes, representan como toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente. WREWREW

He entendido sobre 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 y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice RESECCIÓN DE MASA EN SENO O BIOPSIA DE SENO.




ESE HOSPITAL REGIONAL DE DUITAMA

HISTORIA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RESECCIÓN DE MASA EN SENO

NOMBRE DEL PACIENTE: PRUEBAS SYAC

ESTADO CIVIL Soltero

Apertura HC: 06/09/19 16:14

HISTORIA CLINICA: 17128514

IDENTIFICACION 17128514

FOLIO 933035

Cierre HC: 06/09/19 18:02

AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
MEDICINA GENERAL

Profesional: AGUDELO JIMENEZ DIEGO ALEJANDRO
R . M . : 15255-372992 BYC
MEDICINA GENERAL

Firma Paciente

CC 17128514

Fecha 06/09/2019 18:02:23