

# **SOCIEDAD MEXICANA DE ANGIOLOGÍA, CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR.**

## **CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN “ANGIOPLASTÍA Y STENTING CAROTÍDEO”**

Lugar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

(Con fundamento en lo dispuesto en los artículos 51 de la Ley General de Salud; 76, 77, 80, 81 y 82 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal, familia o persona que autoriza el procedimiento: \_\_\_\_\_ de edad \_\_\_\_\_

Con domicilio: \_\_\_\_\_

En calidad de: \_\_\_\_\_, recibió información sobre el estado de salud, diagnóstico y/o pronóstico.

### **DECLARO**

Que el médico: \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente realizar : \_\_\_\_\_

Y que todo acto médico, diagnóstico o terapéutico, sea quirúrgico o no quirúrgico, lleva implícito una serie de complicaciones mayores o menores, a veces potencialmente serias, que incluyen ciertos riesgos de mortalidad y que pueden requerir tratamientos complementarios médicos o quirúrgicos. Dichas complicaciones pueden ser derivadas de la técnica, del procedimiento, del estado previo del paciente y de los tratamientos que están recibiendo, o de las posibles anomalías y/o de la utilización de los equipos médicos.

Entre las complicaciones que se pueden presentar: espasmo de arteria carotídea, hipotensión sostenida, bradicardia, disección de arteria carotídea, encefalopatía por contraste, ataque isquémico transitorio (evento embólico neurológico menor), complicaciones en el sitio de acceso vascular. Entre los riesgos que pueden surgir: evento vascular cerebral, hemorragia intracraneal, síndrome de hiperperfusión, perforación carotídea, trombosis aguda del stent. Los beneficios que obtendría serían: disminuir riesgo de evento vascular cerebral isquémico y sus complicaciones como neurológicas a nivel cognitivo, sensitivo y motor.

Se me ha explicado y facilitado la información en lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me realizó todas las observaciones y aclaró todas las dudas que le he planteado. También comprendo que en cualquier momento y sin dar explicación, puedo revocar la autorización de este consentimiento.

Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance de los riesgos del tratamiento o procedimiento.

Nombre y firma de paciente

Nombre y firma del representante legal

Nombre y firma de testigo 1

Nombre y firma de testigo 2