

SOCIEDAD MEXICANA DE ANGIOLOGÍA, CIRUGÍA VASCULAR Y ENDOVASCULAR.

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN “RESECCIÓN DE GLOMUS 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: lesión vascular, sangrado, choque hipovolémico, evento vascular cerebral permanente o transitorio, lesión de nervio: glossofarigeo, vago, espinal o accesorio, hipogloso mayor. Entre los riesgos que pueden surgir: evento vascular cerebral, perforación carotídea, reparación con injerto de vena safena o protésico. Los beneficios que obtendría serían: evitar riesgo de crecimiento, infiltración y compresión del glomus en estructuras adyacentes a nivel del cuello.

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