

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA
Página 21 de 37	11

En _____ a _____ de _____ de 20____
(Lugar y fecha)

(Nombre de la paciente)

En forma voluntaria, consiento en que el (la) doctor (a): _____
como cirujano(a) y el (la) ayudante que él(ella) designe, me realicen cirugía laparoscópica como tratamiento para:

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:

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,

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA
Página 22 de 37	11

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 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.

Paciente

Testigo

Nombre _____

Nombre _____

Firma _____

Firma _____