



**Consentimiento informado  
para Apendicectomía**

**Versión 3.0**

## **Consentimiento informado para Apendicectomía**

## Consentimiento informado para Apendicectomía

---

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....  
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: ..... Hora:.....

Sr. /Sra. (es).....  
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con Domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna:.....

En calidad de:.....  
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para **APENDICECTOMÍA**.

Mediante este procedimiento se pretende extirpar el Apéndice enfermo, evitando las complicaciones derivadas del mismo (absceso, perforación, peritonitis) que precisarían intervención quirúrgica más complicada.

**En algunos casos se puede efectuar por Cirugía Laparoscópica** si el Cirujano encuentra que el caso lo amerita.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesia. Se me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario ampliar la resección a otros órganos.

También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento.

**Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Retención aguda de orina, Flebitis, Retraso de la restauración del tránsito intestinal normal, Dolor prolongado en la zona de la operación, Infección de la herida operatoria.

**Poco frecuentes y graves:** Sangrado intrabdominal, Infección intrabdominal, Obstrucción intestinal, Colecciones de pus postoperatorias.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

**El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones como:**.....

.....

**Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:**

.....

.....

El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento.

**He comprendido** las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

## **CONSENTIMIENTO**

---

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para: **APENDICECTOMÍA.**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: ..... Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).