



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Quemaduras – Pérdida  
De Tejidos

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Quemaduras – Pérdida De Tejidos**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Quemaduras – Pérdida De Tejidos

---

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 para  
**CIRUGÍA DE QUEMADURAS – PÉRDIDA DE TEJIDOS.**

## INFORMACIÓN

En plenitud de mis facultades, he sido informado(a) en forma exhaustiva, clara y precisa el diagnóstico de mi enfermedad y las alternativas terapéuticas, que incluyen tratamientos quirúrgicos y médicos, ventajas y desventajas de cada una de ellas.

He informado al Equipo Médico tratante en forma completa todos mis antecedentes médico-quirúrgicos, hábitos, alergias y uso de fármacos. Me comprometo a cumplir todas las indicaciones médicas, abstinencia de tabaco, alcohol y otras, por el tiempo que me indiquen antes y después de la intervención y aceptaré las consecuencias de no haber cumplido.

He decidido en forma voluntaria y en plena conciencia, por lo que autorizo el tratamiento quirúrgico, confiando éste el Equipo de Cirugía Plástica de Clínica Dávila, quienes me han informado de todas las eventuales complicaciones que pudieran ocurrir en el periodo intraoperatorio, ya sea durante el proceso anestésico, como en el desarrollo del mismo acto quirúrgico, pudiendo ser mínimas, así como también graves.

Estoy consciente que posterior al acto quirúrgico existen posibilidades de ocurrir complicaciones precoces locales como por ejemplo sangramientos, hematomas, seromas (cúmulos de líquido), infección, dehiscencia (apertura) de herida operatoria, Hypoderma gangrenoso, etc.; y también complicaciones generales como trombosis, embolismos y otras.

Como complicaciones tardías eventuales están aquellas derivadas de una alteración de la cicatrización como es la cicatriz hipertrófica y la queloida.

En este caso de gran quemado o lesiones extensas de tejidos blandos, he sido informado que serán necesarios múltiples procedimientos con fines de salvar la vida:

Aseos quirúrgicos múltiples. Transfusiones sanguíneas, si lo amerita. Asistencia nutricional intensiva. Cobertura cutánea, ya sea con injertos propios de donantes e inclusive sustitutos dérmicos, los cuales se incorporan a veces no completamente al organismo, requiriendo eventualmente reintervenciones quirúrgicas.

Autorizo la realización de procedimientos adicionales si existen condiciones diferentes o insospechadas durante la realización del acto operatorio.

Estoy consciente que se tomarán todas las providencias necesarias para evitar la aparición de alguna complicación, sin embargo en la eventualidad que alguna de ellas ocurriese, se que se tratarán apropiadamente con las herramientas y recursos terapéuticos disponibles en ese momento.

Previo a la intervención quirúrgica y posterior a ella autorizo la realización de fotografías para evaluar el estado o situación pre y postoperatoria, siempre que mi nombre no sea difundido.

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



Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo 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 para:

**CIRUGÍA DE QUEMADURAS – PÉRDIDA DE TEJIDOS.**

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).