



Consentimiento Informado  
Cirugía Dermatológica Infantil

## **Consentimiento Informado Para Cirugía Dermatológica Infantil**

Consentimiento Informado – Dermatología Infantil

## Consentimiento Informado Cirugía Dermatológica Infantil

---

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 la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico dermatológico de:

.....

## INFORMACIÓN

Se me explicaron las alternativas del tratamiento y el tipo de procedimiento propuesto en electrocirugía, el cual está determinado por mi diagnóstico y por lo consiguiente es el mejor tratamiento para mis lesiones cutáneo mucosas.

Entiendo los objetivos, beneficios y eventuales molestias de la alternativa de tratamiento propuesto.

He sido informado de los riesgos y complicaciones más relevantes.

Entre ellos se destacan:

- Dolor en el sitio lesionado.
- Hiper o hipo pigmentación secundaria (cambios de coloración de la piel de la cicatriz).
- Cicatrización anormal.
- Apertura de la sutura.
- Infección cutánea derivada del procedimiento.

Esta técnica dermatológica no precisa el uso de anestesia local, salvo casos excepcionales. Si se practicara anestesia local: reacción alérgica de distinta intensidad.

Se me ha informado la posibilidad de complicaciones derivadas de mi condición y estado de salud previo, no relacionadas con el diagnóstico probable.

Entiendo y acepto que la presencia de complicaciones podría necesitar una hospitalización y mayores costos relacionados.

He sido informado/a por medio de mi médico tratante que eventualmente se practicará un examen histológico de las lesiones cutáneo-mucosas tratadas.

Se me informó la posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados (biopsia), pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación del diagnóstico probable planteado.

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

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

Y en tales condiciones.

## CONSENTIMIENTO

**CONSIENTO** que se le realice el tratamiento quirúrgico para:

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(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).