



Consentimiento Informado Para
Escleroterapia Venas Varicosas
Superficiales, Ambulatoria

Consentimiento Informado Para Escleroterapia Venas Varicosas Superficiales, Ambulatoria

Consentimiento Informado Para Escleroterapia Venas Varicosas Superficiales, Ambulatoria

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 de:
ESCLEROTERAPIA VENAS VARICOSAS SUPERFICIALES, (AMBULATORIA)

INFORMACION

- 1) La Escleroterapia consiste en un procedimiento ambulatorio en el que se inyecta una sustancia (agente esclerosante) que irrita la capa más interna de la vena, produciendo la inflamación y posterior cicatrización de ella, pretendiéndose lograr la desaparición visual de ésta.
- 2) El procedimiento es ambulatorio y se realiza en una sala de procedimientos, sin necesidad de anestesia, siendo su finalidad fundamentalmente estética, en el sentido de hacer desaparecer las várices y telangectasias (arañas vasculares) visibles.
- 3) Para la realización de este procedimiento, está previsto efectuarse una cantidad de sesiones que se le ha informado al paciente, pudiendo incrementarse o reducirse el número de tales sesiones, según la respuesta al tratamiento realizado.
- 4) La realización de esta terapia no impide la aparición futura de nuevas arañas vasculares o várices en localizaciones diferentes al sitio tratado.
- 5) Junto con la realización del procedimiento, es importante que el paciente siga las indicaciones dadas por el médico tratante, especialmente en relación al tipo de reposo y soporte elástico a utilizar, así como el control posterior del procedimiento realizado y la programación de las futuras sesiones.
- 6) A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseados y/o complicaciones, encontrándose, entre otras la siguiente propia a este procedimiento como:
 - Dolor en el sitio de inyección, durante el procedimiento o posterior a este.
 - Reacción alérgica producida por el agente esclerosante
 - Salida del agente esclerosante por fuera de la vena
 - Trombosis de los vasos esclerosados u otros circundantes
 - Hipo o hiperpigmentación de la piel
 - Necrosis y ulceración de la piel
 - Aparición de otros vasos superficiales, vecinos al sitio inyectado
 - Infección en el sitio de tratamiento
 - Trombosis venosa profunda
- 7) La circunstancia de la presencia de complicaciones puede implicar la necesidad de tratamientos adicionales para el manejo de dichas complicaciones.

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:

ESCLEROTERAPIA VENAS VARICOSAS SUPERFICIALES

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).