



Consentimiento Informado para  
Tratamiento Ortopédico de las  
Fracturas

## **Consentimiento Informado para Tratamiento Ortopédico de las Fracturas**

## Consentimiento Informado para Tratamiento Ortopédico de las Fracturas

---

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 ORTOPÉDICO DE FRACTURA.

LUGAR.....

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende reducir e inmovilizar la fractura mediante manipulaciones ortopédicas, hasta que se logre la consolidación ósea del segmento lesionado.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

El tratamiento consiste en la colocación de un vendaje enyesado para inmovilizar el segmento lesionado una vez que los fragmentos óseos han logrado una alineación adecuada. El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica de reducción si no se logra una adecuada alineación de los fragmentos con las maniobras ortopédicas, pudiendo llegar a requerir un procedimiento quirúrgico, o por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de 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:** Erosiones cutáneas, Yeso compresivo, Dolor prolongado en la zona de la lesión, Pérdida de fuerza muscular en el área.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Síndrome compartimental, Distrofia simpático refleja, Alteración del crecimiento óseo, consolidación en mala posición, Retardo de consolidación. Pseudo artrosis. Trombosis venosa. Lesión neurovascular.

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 la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, como retardo de consolidación de la fractura, re- desplazamientos de la fractura, infecciones, complicaciones cardiovasculares u otras condiciones que, aunque poco frecuentes pueden tener compromiso vital.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento ortopédico de la fractura ya que las alternativas terapéuticas quirúrgicas, siendo también eficaces, tienen mayores riesgos.

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 ORTOPÉDICO DE FRACTURA.**

LUGAR.....

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).