

Consentimiento Informado para Drenaje de Colecciones

Cirugía Vascular Adulto
Clínica Dávila

Consentimiento Informado para Drenaje de Colecciones

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, a la realización de un tratamiento quirúrgico de DRENAJE DE COLECCIONES

INFORMACIÓN

Se me explicaron las alternativas del tratamiento y el tipo de procedimiento propuesto, el cual está determinado por mi diagnóstico y por lo consiguiente es el mejor tratamiento para mi lesión.

Autorizo al Doctor/a..... para realizar los procedimientos adicionales que estime necesarios e imprescindibles durante el tratamiento, de acuerdo a los hallazgos relacionados durante la cirugía.

Entiendo los objetivos, beneficios y eventuales molestias de la alternativa de tratamiento propuesto. 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 quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), incluyéndose dentro de estas, Infarto Agudo al Miocardio, Arritmias, Accidente Cerebrovascular, Trombosis Venosa Profunda, Embolia Pulmonar, Neumopatía, entre otras.

He sido informado de los riesgos y complicaciones más relevantes. Entre ellos se destacan:

- Dolor en el sitio de la lesión
- Infección de la herida operatoria
- Drenaje parcial y persistencia de la colección
- Sangrado y formación de hematomas
- Esta técnica quirúrgica requiere el uso de anestesia, la cual dependerá del tipo y localización de la lesión, según lo evaluado por el cirujano y/o el médico anestesista, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella
- 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.
- Se me informó la posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación del diagnóstico probable planteado.

- Entiendo que ningún procedimiento invasivo está exento de riesgos importantes y complicaciones, incluyendo el de mortalidad, especialmente en patologías de alto riesgo, si bien esta posibilidad es infrecuente para este procedimiento.

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.

CONSENTIMIENTO

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

DRENAJE DE COLECCIONES

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).