



Consentimiento Informado para  
Cirugía de Artrotomía por Cuerpo  
Libres. Osteocondritis.

## **Consentimiento Informado para Cirugía de Artrotomía por Cuerpo Libres. Osteocondritis.**

**Consentimiento Informado para Cirugía de Artrotomía por Cuerpo Libres.  
Osteocondritis.**

---

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 quirúrgico de:  
**ARTROTOMIA POR CUERPO LIBRES. OSTEOCONDRTIS.**

**RODILLA** Derecha   
Izquierda

## INFORMES

El propósito de esta intervención consiste en explorar en forma abierta la articulación de la rodilla, permitiendo a su vez extraer fragmentos osteocartilaginosos libres y también obtener y colocar injertos osteocondrales. Como todo procedimiento quirúrgico este puede variar de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios y ser necesario aplicar otras técnicas quirúrgicas. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia.

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.

### **RIESGOS Y COMPLICACIONES DE LA ARTROTOMÍA POR CUERPOS LIBRES. OSTEOCONDritis.**

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 a los debidos a la situación vital del paciente: Diabetes, Cardiopatías, Hipertensión, Edad Avanzada, Anemia, Obesidad, pudiendo llegar hasta un riesgo vital; como otros específicos del procedimiento:

- Dolor en la cicatriz operatoria
- Cicatrización excesiva
- Neuromas
- Derrame post operatorio
- Hemartrosis
- Hematomas
- Infecciones Superficiales o Profundas
- Insensibilidad alrededor de Rodilla
- Atrofia Muscular
- Pérdida de la Movilidad Articular
- Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar
- Distrofia Simpática Refleja
- Dolor Articular Crónico sobre todo si existen lesiones cartilaginosas.
- Fracaso del procedimiento efectuado dado que ningún acto médico o quirúrgico puede garantizar resultados pese a la correcta realización de los mismos.

Existen otras complicaciones que pueden ocurrir, sin embargo las listadas anteriormente son las que se observan con mayor frecuencia.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, 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.

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 quirúrgico para:

**ARTROTOMIA POR CUERPO LIBRES. OSTEOCONDritis.**

**RODILLA** Derecha   
Izquierda

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).