



Consentimiento Informado Para
Cirugía Dermatológica

Consentimiento Informado Para Cirugía Dermatológica

Consentimiento Informado Para Cirugía Dermatológica

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:
CIRUGÍA DERMATOLÓGICA.

INFORMACIÓN

Breve descripción del procedimiento quirúrgico:

.....

.....

.....

.....

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.

Se me ha informado que en algunos casos es necesario realizar procedimientos adicionales 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.

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

- Dolor en el sitio lesional.
- Híper o hipopigmentación 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 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 para:
CIRUGÍA DERMATOLÓGICA.

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).