

# Consentimiento informado para colocación de Balón de Contra pulsación Intra-Aórtico.

Hemodinamia- Cirugía Cardíaca.

## Consentimiento informado para colocación de Balón de Contra pulsación Intra-Aórtico.

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 colocar el  
**BALÓN DE CONTRA PULSACIÓN INTRA-AÓRTICO.**

Se me ha explicado que tengo una enfermedad grave y que la colocación de este dispositivo me puede ayudar en mi recuperación.

## INFORMACIÓN

La intervención que se propone consiste en la implantación de un Balón introducido por vía endo-vascular, es decir por dentro de una arteria (arterias femorales), mediante la punción o apertura quirúrgica de dicha arteria, en la región inguinal, se coloca un introductor plástico y a través de este se coloca el balón que se deja en la arteria aorta, donde se infla y desinfla en forma sincrónica con mi cuerpo.

Para la realización de este procedimiento, se necesita o no el uso de Rayos-X.

La necesidad de colocación de este dispositivo está dada por la gravedad de la patología que presento y he decidido en base a la recomendación de mi médico tratante, que la colocación de este es la alternativa correcta para mi recuperación.

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 percutánea (Infección del sitio de inserción, hemorragia intra o post-procedimiento, presencia de hematomas, isquemia de la extremidades inferiores en ocasiones con necesidad de cirugía vascular y/o hasta la amputación, insuficiencia renal, complicaciones trombo embolicas, entre otras) y aquellas complicaciones generales de tipo cardiológico (infarto al miocardio, arritmias intra-procedimiento) u otras (trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, accidente vascular encefálico), las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes.

Estas complicaciones, para su solución, pueden requerir la realización de una intervención quirúrgica, la cual, en algunos casos puede ser de urgencia, o realizarse en forma diferida según la evolución del cuadro.

La posibilidad de complicaciones derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o coetáneo, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado. La presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos asociados y la posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos.

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 procedimiento de colocación de **BALÓN DE CONTRA PULSACIÓN INTRA-AÓRTICO**.

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).