



Consentimiento Informado Para  
Extirpación De Lesión Bajo  
Anestesia Local

## **Consentimiento Informado Para Extirpación De Lesión Bajo Anestesia Local**

## Consentimiento Informado Para Extirpación De Lesión Bajo Anestesia Local

---

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  
**EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BAJO ANESTESIA LOCAL**

## INFORMACIÓN

Efectos derivados de la situación actual del paciente (Diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad).

### **Específicos del procedimiento.**

#### Poco graves y frecuentes:

Infección o hematoma de la herida quirúrgica, lesiones cutáneas por reacción alérgica a la medicación utilizada, cicatrices retractiles o antiestéticas, molestias locales, dolor prolongado en la zona de la operación.

#### Poco frecuentes y graves:

Reacción alérgica grave a los anestésicos locales que puede llegar a producir shock anafiláctico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico y, a veces, pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia (evacuación de un hematoma, drenaje de un absceso, etc.).

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

### **¿Qué otras alternativas hay?**

En su caso no existe una alternativa terapéutica eficaz.

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:

### **EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BAJO ANESTESIA LOCAL**

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).