



Consentimiento Informado para
Cirugía de Hallux Valgo

Consentimiento Informado para Cirugía de Hallux Valgo

Consentimiento Informado para Cirugía de Hallux Valgo

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:

HALLUX VALGO.

PIE /TOBILLO Derecho

Izquierdo

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende corregir, en lo posible, la deformidad de los dedos, prevenir la aparición de otras deformidades como:

Ortejos en garra. Hiperqueratosis (Callosidades) y subluxaciones de articulaciones, mejorar la biomecánica del antepié y por sobre todo intentar la desaparición de los dolores.

El tipo de anestesia requerida será indicada por el médico anesthesiólogo. Es posible que, durante o después de la intervención, sea necesario el uso de sangre y/o hemoderivados.

La intervención consiste en la corrección de la deformidad a nivel del primer dedo del pie con realineación de éste mediante corte de tendones y ligamentos y a veces de cortes óseos (osteotomías). Además, se elimina la prominencia ósea (juanete) de la cara interna del primer metatarsiano y, si fuera necesario, se corrigen las deformidades asociadas del resto de los dedos. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

- Reparación de la deformidad del primer dedo.
- Dedo en garra.
- Adormecimiento del primer dedo por lesión de los nervios digitales.
- Neuromas de nervios digitales.
- Necrosis de los bordes de la herida.
- Hematomas.
- Contractura de la primera membrana interdigital.
- Limitación del movimiento de la articulación metatarso-falángica.
- Infección de la herida operatoria ya sea superficial o profunda, con riesgo de afectación de estructuras óseas.
- Necrosis de la cabeza del primer metatarso por falta de irrigación sanguínea.
- Acortamiento del primer dedo.
- Fractura del metatarsiano.
- Distrofia simpático-refleja.
- Trombosis venosa profunda y, excepcionalmente, tromboembolismo pulmonar

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, en algunos casos de urgencia.

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

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas y a antibióticos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como las antes mencionadas.

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: **HALLUX VALGO.**

PIE /TOBILLO Derecho

Izquierdo

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).