



Consentimiento Informado para  
Tratamiento Quirúrgico de Luxación  
Acromioclavicular de Hombro

## **Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Luxación Acromioclavicular de Hombro**

## Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Luxación Acromioclavicular de Hombro

---

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:  
**LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR DE HOMBRO.**

**LADO**      Derecho        
                 Izquierdo

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende reconstruir la articulación acromioclavicular, la cual se ha luxado generando dolor y limitación funcional, producto de un traumatismo.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán el servicio de anestesia.

La intervención quirúrgica se realiza con el paciente ligeramente semisentado y se efectúa una incisión longitudinal en la cara superior de hombro sobre la articulación acromioclavicular.

Se lleva a cabo la reducción articular (se coloca ambos componentes óseos a la misma altura) y luego se fija la clavícula a la Apofisis Coracoide con un tornillo metálico finalmente se suturan los ligamentos coracoclaviculares.

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:**

- Infección herida operatoria
- Aflojamiento del tornillo de fijación Coracoclavicular
- Reluxación acromioclavicular
- Hematomas
- Lesión neurológica de algún tronco nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo.
- Dolor residual
- Rigidez parcial de hombro
- Cicatriz hipertrófica (Queloides)
- Artrosis acromioclavicular

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.

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

El médico me ha explicado la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la luxación acromioclavicular **y que las alternativas son:**

- Manejo conservador ortopédico



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:  
**LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR DE HOMBRO.**

**LADO**      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).