



Consentimiento Informado para
Tratamiento Quirúrgico de
Luxación de Rodilla

Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Luxación de Rodilla

Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Luxación de Rodilla

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 DE RODILLA.

RODILLA Derecha
Izquierda

INFORMACIÓN

El propósito de esta intervención consiste en la reducción y estabilización de la rodilla mediante la reparación o reconstrucción de los elementos anatómicos lesionados. Para cumplir este objetivo se utilizan con frecuencia autoinjertos o aloinjertos que se fijan mediante la utilización de materiales metálicos o bioabsorbibles.

Pueden requerir inmovilización adicional (Yesos, Férulas, Ortesis, otros) Como todo procedimiento quirúrgico este puede variar de acuerdo a los hallazgos intra operatorios y ser necesario aplicar otras técnicas quirúrgicas. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO DE LUXACIÓN DE RODILLA.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables:

- a) Tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas,
- b) Como a los debidos a la situación vital del paciente: (Diabetes, Cardiopatías, Hipertensión, Edad Avanzada, Anemia, Obesidad) pudiendo llegar hasta un riesgo vital;
- c) **Como otros específicos del procedimiento:**
 - Dolor en la cicatriz operatoria
 - Cicatrización excesiva
 - Neuromas
 - Derrame post operatorio
 - Sinovitis a repetición (inflamación de la rodilla)
 - Inestabilidad residual
 - Hemartrosis (sangre en la rodilla)
 - Hematomas
 - Infecciones Superficiales o Profundas
 - Insensibilidad alrededor de Rodilla
 - No incorporación del injerto
 - Rotura del injerto
 - Fractura o estallido del hueso durante el procedimiento
 - Lesiones en zona dadora de injertos
 - Retiro del material de fijación
 - Exposición del material de fijación
 - Aflojamiento del material de fijación
 - Atrofia Muscular
 - Pérdida de la Movilidad Articular

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 DE RODILLA.**

RODILLA Derecha
Izquierda

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).