



Consentimiento Informado para
Procedimiento y/o Cirugía de las
Luxaciones o Luxofracturas

Consentimiento Informado para Procedimiento y/o Cirugía de las Luxaciones o Luxofracturas

Consentimiento Informado para Procedimiento y/o Cirugía de las Luxaciones o Luxofracturas

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 procedimiento o al tratamiento quirúrgico de:

LUXOFRACTURAS O LUXACIONES.

LADO:.....

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende reducir e inmovilizar la luxofractura o la luxación por medio de una intervención quirúrgica, utilizando elementos de osteosíntesis (agujas, tornillos, placas), hasta que se logre la consolidación ósea del segmento lesionado o se controle la inestabilidad de la articulación comprometida, los que, de acuerdo a la evolución del cuadro, requerirán o no su retiro en el futuro.

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.

El tratamiento consiste en la reducción de la luxación y la colocación de un implante, si la lesión lo requiere, para inmovilizar y estabilizar la articulación lesionada una vez que los fragmentos óseos han logrado una alineación adecuada. 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.

También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica de reducción si no se logra una adecuada alineación de los fragmentos con los implantes de primera elección o por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionarme el 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:

- **Poco graves y frecuentes:** sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, hematoma, erosiones cutáneas, dolor prolongado en la zona de la lesión, pérdida de fuerza muscular en el área, cicatriz hipertrófica.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Disminución de movilidad articular, distrofia simpático refleja, infección de la herida operatoria y/o de la articulación, consolidación en mala posición, retardo de consolidación, pseudoartrosis, calcificaciones en tejidos cercanos, necrosis cutánea, trombosis venosa, lesión neurovascular, rotura, aflojamiento o infección del implante.
- **Poco frecuentes y graves:** Embolia pulmonar, embolia grasa, shock hipovolémico.

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 como:

.....

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la fractura ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces, teniendo mayores riesgos secuelas funcionales.

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 procedimiento o el tratamiento quirúrgico para:
LUXOFRATURAS O LUXACIONES.

LADO:.....

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).