



Consentimiento Informado para
Tratamiento con Ondas de
Choque Extracorpóreas

Consentimiento Informado para Tratamiento con Ondas de Choque Extracorpóreas

Consentimiento Informado para Tratamiento con Ondas de Choque Extracorpóreas

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 de
TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento, en lo posible, se pretende realizar un tratamiento no invasivo de Tendinopatía cálcicas y sin calcio del hombro, codo, tendón rotuliano fascia plantar, falta de consolidación y retardo de consolidación de huesos, necrosis avasculares de cadera, osteocondritis de cadera y rodilla, y artrosis de distintas articulaciones.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia

La intervención consiste en la aplicación de una máquina que genera ondas de choque por un mecanismo electromagnético o electro hidráulico en la región articular u ósea afectada sin abrir la piel, pero que por la penetración de dicha onda pueden quedar algunas manchas sanguíneas en la zona llamadas petequias o un pequeño hematoma.

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.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, sólo los comunes derivados de toda anestesia, pues hasta ahora no se han descrito complicaciones por el procedimiento en sí mismo, sin embargo como todo tratamiento médico podrían en un futuro aparecer alguna complicación no posible de predecir en el día de hoy, dado que en varios millones de pacientes tratados en todo el mundo no ha ocurrido.

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 que 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.

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento con ondas de choque extracorpóreas del defecto, ya que otras alternativas terapéuticas, son invasivas, teniendo mayores riesgos secuelares 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 de: **TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE.**

Extremidad, Lugar, 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).