



Consentimiento Informado Para  
Cirugía Paratiroidectomía

## **Consentimiento Informado Para Cirugía Paratiroidectomía**

## Consentimiento informado para cirugía Paratiroidectomía

---

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 **CIRUGÍA PARATIROIDECTOMÍA**.

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende evitar el crecimiento excesivo de las glándulas, afectaciones sistémicas y de órganos vecinos y/o controlar los niveles hormonales.

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 informará el servicio de anestesia.

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación total o parcial de las glándulas paratiroides (una o todas) a través de una incisión en el cuello.

El médico me ha explicado que en ciertas ocasiones tras la extirpación completa de las glándulas se puede realizar un auto trasplante glandular o preservación en frío y que en algunas circunstancias según la localización de la glándula paratiroides es necesario extirpar una parte del tiroides.

Comprendo que en casos poco frecuente no es posible localizar todas las glándulas siendo necesario una segunda operación y que incluso algunas veces la extirpación de las glándulas conlleva la necesidad de tratamiento con medicamentos.

Comprendo que a pesar de la adecuado elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse afectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos, como otros específicos del procedimiento.

**Poco graves y frecuentes:** Infecciones o sangrado de herida quirúrgica, colección de líquido en la herida, flebitis, cicatrices retráctiles, dolor prolongado en la zona de la operación.

**Poco frecuente y graves:** Inflamación grave de los linfáticos del cuello, recidiva de la enfermedad, sangrado importante, alteraciones locales de los nervios. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa en ocasiones como:

.....

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias 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 la cirugía, ya que en la alteración hormonal el tratamiento médico indefinido no evita las complicaciones, mientras que en el resto de los casos no existe alternativa terapéutica eficaz.

**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 de acuerdo 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: **CIRUGÍA PARATIROIDECTOMÍA.**

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).