



Consentimiento Informado para  
Cirugía del Pie Plano Congénito

## **Consentimiento Informado para Cirugía del Pie Plano Congénito**

**Consentimiento Informado para Cirugía del Pie Plano Congénito**

---

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 m situación, al tratamiento quirúrgico de:  
**PIE PLANO CONGENITO.**

PIE Derecho   
Izquierdo

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende corregir, en lo posible, la deformidad del pié, prevenir la aparición de otras como hiperqueratosis (callosidades), úlceras y mejorar la biomecánica del pié evitando dolores a 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 una cirugía amplia con vías de abordaje posterior, medial y lateral para poder así elongar un tendón de Aquiles retraído, abrir ampliamente diferentes articulaciones, restablecer una anatomía alterada, fijar y estabilizar las diferentes articulaciones y huesos comprometidos y abordados, fijaciones en lo común con suturas y agujas de Kirschner, las que se retiraran posteriormente. 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, 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:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, erosiones cutáneas, dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica.
- **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Rotura del hueso, síndrome compartimental, Osteomielitis o artritis infecciosa. Alteración del crecimiento, rigidez articular, Necrosis cutánea, Lesión neurovascular, necrosis ósea.
- **Poco frecuentes y graves:** Alteración de la marcha por un pié inestable y doloroso.

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, en ocasiones de urgencia.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas y a antibióticos, 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) 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 quirúrgico del defecto 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 tratamiento quirúrgico para:  
**PIE PLANO CONGENITO.**

**PIE** 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).