



Consentimiento Informado Para  
Tratamiento Quirúrgico De  
Polidactilia Infantil

## **Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Polidactilia**

## Consentimiento Informado para Tratamiento Quirúrgico de Polidactilia

---

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

Ciudad:.....Comuna:.....

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

### DECLARO:

Que El/La: Doctor (a) .....

Me ha explicado que es necesario, en la situación de mi hijo(a) al tratamiento quirúrgico de **POLIDACTILIA**.

PIE      Derecho        
            Izquierdo

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende corregir el defecto o la malformación por medio de una intervención quirúrgica, efectuándose la resección del dedo supernumerario y estabilizando el remanente para lograr la corrección del pie pudiendo calzar sin dificultad, y prevenir otras deformidades como hiperqueratosis y subluxaciones, mejorando la biomecánica del pie evitando dolor 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 cuya finalidad es extirpar el dedo supernumerario en toda su extensión, para luego estabilizar el otro (el que debe quedar) mediante suturas, ocasionalmente agujas o bien la unión de este al orjejo (dedo) vecino, formándose así una sindactilia.

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 corrección si no se logra una adecuada alineación de los segmentos por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Todo el acto quirúrgico se efectuará con isquemia controlada y antibióticos profilácticos.

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:** Osteomielitis o artritis infecciosa, rigidez articular, necrosis cutánea, trombosis venosa, lesión neurovascular, necrosis del o los orjejos comprometidos, alteración del eje.
- **Poco frecuentes y graves.** Embolia pulmonar, Embolia grasa.
- 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 su 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, es una buena opción el tratamiento quirúrgico del defecto, ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas no son eficaces.

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 le realice el tratamiento quirúrgico para: **POLIDACTILIA.**

PIE      Derecho        
            Izquierdo   

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(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).