



Consentimiento Informado.  
Reparación De Fracturas Costales

## **Consentimiento Informado. Reparación De Fracturas Costales**

**Consentimiento Informado. Reparación de Fracturas Costales**

---

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) : .....

De la Unidad de Cirugía Torácica me ha explicado de forma clara y que he comprendido que es preciso, dado el proceso clínico que presento, la realización de una **REPARACIÓN DE FRACTURAS COSTALES.**

## INFORME

1. Objetivo de la intervención: mediante esta intervención se pretende reparar las fracturas de costillas que presento y que han producido lesión en alguno de mis órganos, comprometen mi función respiratoria o producen un dolor excesivo que interfiere en mis actividades cotidianas.
2. Cómo se realiza: mediante una incisión sobre la zona en la que se encuentran las fracturas se accede a la parrilla costal. Se realiza una estabilización de las costillas que se encuentran implicadas y se reparan utilizando suturas y tejido propio o bien con material sintético (placas y tornillos con o sin el apoyo de mallas). En algunos casos es preciso retirar algún fragmento dañado de una o varias costillas).

Habitualmente es preciso dejar uno o dos drenajes torácicos al finalizar el procedimiento para evacuar la sangre, aire y líquido inflamatorio que se produce tras la intervención.

Se me ha informado que durante el procedimiento se puede modificar la técnica quirúrgica según hallazgos encontrados

3. Anestesia y administración de sangre y hemoderivados: he sido advertido/a de que en esta cirugía es precisa la administración de anestesia local o general y que es posible que (excepcionalmente) durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.
4. Riesgos derivados de la intervención: he sido informado/a de 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, como otros específicos que pueden llegar a ser muy graves:

Infección superficial de la herida, infección de la cavidad pleural, infección del pulmón restante, hemorragia, fracaso multiorgánico, accidentes cerebro-vasculares, alteraciones o insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, retención de secreciones que impidan la ventilación del pulmón, fugas aéreas persistentes y dolor prolongado en la zona de la operación. Trombosis venosas de las extremidades, Neumonías.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una reintervención.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que pueda influir en el transcurso de la intervención o en el postoperatorio.

Por las patologías acompañantes que presento de forma concreta (Diabetes, Obesidad, Hipertensión, Anemia, Edad Avanzada, etc.)

Puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

He entendido la información que se me ha transmitido en un lenguaje claro y sencillo. El médico que me ha atendido ha permitido que le realice las observaciones que he considerado pertinentes y me ha aclarado todas las dudas que me han surgido.

Posibilidad de cambio de opinión respecto al procedimiento:

Se me ha transmitido y tengo claro que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Y en tales condiciones.

## CONSENTIMIENTO

---

**CONSIENTO** que se me realice el tratamiento quirúrgico para:  
**REPARACIÓN DE FRACTURAS COSTALES**

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).