



Consentimiento Informado Para  
Tratamiento Con Infiltraciones.

## **Consentimiento Informado Para Tratamiento Con Infiltraciones.**

**Consentimiento informado para tratamiento con infiltraciones.**

---

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 para  
**TRATAMIENTO CON UNA O MÁS INFILTRACIONES.**

**EXTREMIDAD, LUGAR, LADO:**.....

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones inflamatorias, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, generalmente anestesia local en el sitio de punción. En caso de necesitar otro tipo de anestesia, será debidamente explicada por el médico anesthesiólogo.

El tratamiento consiste en la introducción de una sustancia antiinflamatoria (generalmente asociada a un anestésico local) con una jeringa en una parte del organismo. Puede utilizarse como técnica diagnóstica o terapéutica. Se puede tratar un proceso inflamatorio o una lesión quística de partes blandas o en el hueso. También cabe la posibilidad de que durante el procedimiento haya que realizar modificaciones debido a hallazgos intraoperatorios, para así proporcionar un tratamiento más adecuado. 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:

Después de la infiltración presentará en la zona de pinchazo molestias debidas al propio pinchazo y al volumen del medicamento introducido. Si la inyección se ha introducido dentro de la articulación es conveniente que efectúe reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular.

- Reacción alérgica a la medicación introducida, caída de la presión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (shock anafiláctico).
- Lesión de vasos sanguíneos adyacentes.
- Lesión de nervios adyacentes.
- Lesión de tendones adyacentes.
- Infección del sitio de punción.
- Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- Descompensación de una diabetes, hipertensión arterial o una úlcera.

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, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente.



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.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como las ya descritas.

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 al procedimiento para **TRATAMIENTO CON UNA O MÁS INFILTRACIONES.**

**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).