

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA

Se me ha informado y entiendo que el procedimiento diagnóstico, terapéutico y/o intervención quirúrgica conocida como _____ se empleará como tratamiento para _____.

La cirugía ha sido prescrita y será realizada por el Dr. _____

y el equipo que éste designe.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en: _____

También he entendido que para mí problema, existen otros tipos de tratamientos tales como: _____

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el anesthesiólogo de quien recibiré la información necesaria.

Esta intervención quirúrgica presenta consecuencias inevitables propias del procedimiento tales como: _____

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar médico se pueden presentar complicaciones y efectos adversos que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las más frecuentes: _____

También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como: _____

que aunque son poco frecuentes representan, como en toda intervención, un riesgo excepcional de perder la vida, derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el médico me ha explicado que presento riesgos adicionales como: _____

Entiendo que es posible que se presenten situaciones impredecibles con necesidad de inmediatez de tratamiento y/o intervenciones adicionales o alternativas. Presto consentimiento con que el Dr. _____

sea asistido por otros cirujanos y asistentes a quienes les podrá permitir ordenar o realizar parte del procedimiento.

Algunos de los efectos adversos se pueden presentar durante la intervención quirúrgica y otros en el post operatorio inmediato o mediato. Recibiré continua información sobre la evolución post operatoria siendo asistido internado o ambulatoriamente, de acuerdo a la evolución que presente.

Yo entiendo los cuidados que debo tener antes y después de esta cirugía, he comprendido la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo y me ha dado la oportunidad de preguntar y

resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance, las consecuencias inevitables, los riesgos y efectos que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo.

También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información (si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se designa al pie).

Asimismo he sido informado que este procedimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

Fecha.....

Firma de paciente: Aclaración.....

Firma de testigo o tercero: Aclaración.....

Firma de médico: Sello

Negativa a recibir información:

Firma de paciente: Aclaración.....

Revocación / Rechazo a realizar la práctica - procedimiento:

Firma de paciente: Aclaración.....

Fecha y hora: