

IPS

Índice Derecho paciente

CONSENTIMIENTO A CIRUGÍA, OPERACIÓN O TRATAMIENTO

1. Doy fe de haber tomado la decisión de operarme de forma espontánea y autónoma y de que no existen ningún tipo de coacción por parte de terceras personas, para que me realice este procedimiento.
2. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente lo referido a enfermedades, alergias o riesgos personales.
3. Doy fe de haber entendido claramente, las recomendaciones necesarias para operarme, dentro de las cuales se incluyen la suspensión de la ingesta de alimentos, medicamentos o tratamientos alternativos, alcohol, drogas psicoactivas o cigarrillo, que puedan alterar las condiciones adecuadas de mi acto quirúrgico o periodo postoperatorio.
4. Estoy consciente que durante el curso de la operación y tratamiento médico o anestesia, pueden surgir imprevistos que requieran operaciones diferentes a las antes mencionadas, por lo tanto, autorizo al médico y sus asistentes o personal designado arriba mencionados, a que desempeñen las operaciones que según su juicio profesional, sean necesarias y deseables. La autoridad otorgada bajo este párrafo incluirá todas las condiciones que requieran tratamiento y que el médico desconoce en el momento de empezar la operación.
5. Autorizo la administración de la anestesia que se considere necesaria y a variar el procedimiento anestésico en el mismo acto si ello fuera imprescindible y a que me suministren los servicios adicionales que consideren necesarios, incluyendo, pero no limitando sólo a ellos, sustancias anestésicas, radiografías, exámenes de laboratorio, sangre o sus derivados, etc.
6. Entiendo que todas las formas de anestesia implican un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y algunas veces la muerte.
7. Reconozco que a pesar de que en el momento de la cirugía se apliquen todos los conocimientos técnicos y destrezas adquiridas por el cirujano, no se me ha dado garantía por parte de cualquier persona con respecto a los resultados que se puedan obtener.
8. Para propósitos de mejoramiento de la educación médica, autorizo la entrada de observadores a la sala de operaciones.
9. Doy consentimiento al adecuado desecho de tejidos, dispositivos médicos o partes del cuerpo que sean extraídas.

SE ME HA EXPLICADO CON LA DEBIDA ANTELACIÓN Y DE MANERA QUE YO ENTIENDA LO SIGUIENTE:

- a. EL TRATAMIENTO U OPERACIÓN ARRIBA MENCIONADA, A LA CUAL ME SOMETERÉ Y LA LOCALIZACIÓN DE LAS CICATRICES.
- b. QUE PUEDE HABER OPERACIONES O MÉTODOS ALTERNOS AL TRATAMIENTO.
- c. QUE HAY RIESGOS A LA OPERACIÓN O TRATAMIENTOS PROPUESTOS.
- d. HE SOLICITADO Y RECIBIDO INFORMACIÓN ADICIONAL DETALLADA Y ESTOY SATISFECHO(A) CON LA MISMA Y NO NECESITO MÁS INFORMACIÓN.

POR LO TANTO, HE LEÍDO Y COMPRENDIDO ESTE DOCUMENTO Y DOY CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO U OPERACIÓN Y A LOS PUNTOS ARRIBA MENCIONADOS Y FIRMO ESTE DOCUMENTO EN SEÑAL DE ACEPTACIÓN.

Paciente o persona autorizada _____
Nombre y apellidos en letra de Imprinta _____ Firma _____

Testigo _____
Nombre y apellidos en letra de Imprinta _____ Firma _____

Médico _____
Firma _____ Fecha: ____/____/____
d m a

Ciudad / País _____/_____

Hallazgos Particulares: hacen referencia a alguna característica o condición física que pueda variar o influir sobre la táctica quirúrgica a ser utilizada, como asimetrías, ausencia o presencia de elementos anatómicos, cicatrices previas, cirugías previas en el mismo sitio a ser operado, alteraciones de la piel, patologías de base, cicatriz final esperada, sobrepeso u obesidad y por ende condicionar el resultado final en el postoperatorio:

Me han sido explicados mis hallazgos particulares y firmo este documento con pleno conocimiento y en total concordancia con los mismos y con las variaciones que estos puedan condicionar sobre la táctica quirúrgica, su evolución y el aspecto final del (as) áreas operadas, según el planteamiento de mi médico cirujano plástico tratante:

Firma del paciente _____ Firma del Médico _____