

## **DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

Paciente: \_\_\_\_\_

Identificación: C.C. \_\_\_\_\_ T.I. \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Expedida en: \_\_\_\_\_

Declaro que el doctor \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder en mi situación a una: \_\_\_\_\_  
(nombre de la cirugía)

Indicaciones: \_\_\_\_\_  
(El porqué de la cirugía)

La intervención consiste en \_\_\_\_\_  
(Explicación del procedimiento)

Toda Intervención quirúrgica tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes. cardiopatía, hipertensión. edad avanzada. anemia obesidad...) lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrán requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones de la intervención quirúrgica, por orden de frecuencia pueden ser:

- a) Infecciones.
- b) Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria). Eventualmente puede ser necesaria la reintervención para hacer hemostasia de estructuras sangrantes.
- c) Lesiones de vías urinarias.
- d) Lesiones Intestinales.
- e) Fístulas.
- f) Evisceraciones - Hernias
- g) Cicatrices
- h) Rigidez
- i) Lesiones vasculares o nerviosas
- j) Muerte

Declaro que me han informado y he entendido claramente la naturaleza y el propósito del procedimiento quirúrgico, los riesgos y posibles complicaciones y también sobre la existencia de otros riesgos de difícil o imposible predicción, puesto que la medicina no es una ciencia exacta y existen factores biológicos que no dependen del médico y por tanto sólo se puede propender por buscar el mejor resultado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones consiento que se me realice una \_\_\_\_\_.  
(nombre de la cirugía)

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

El Médico \_\_\_\_\_

El Paciente \_\_\_\_\_

El Testigo \_\_\_\_\_