

Consentimiento informado

Paciente hospitalizado en Unidad de Paciente Crítico Pediátrico

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por representante del paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes a el o los procedimientos a los que podrá ser sometido mi hijo; en términos que he podido comprender:

Mi hijo ha ingresado a la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico por presentar una condición clínica que podría poner en peligro su vida y que requiere intervenciones médicas complejas y/o monitorización permanente

Procedimientos que se denominan soporte vital: ventiladores mecánicos, maniobras de reanimación, las canalizaciones de arterias y venas, punción pleural, punción lumbar, el uso de medicamentos de uso extraordinario, transfusiones (sangre o hemoderivados), y el traslado a otro centro en caso de no tener posibilidad de resolverlo en este servicio, son algunos de ellos.

Los procedimientos, necesarios para mantener la vida de mi hijo/a, involucran una serie de riesgos, incluyendo riesgo vital. Cuando hay que recurrir a estas medidas es generalmente con urgencia, por lo tanto, cabe la posibilidad que no haya tiempo para que se me informe en el momento.

Aunque la Unidad de Paciente Crítico Pediátrico cuenta con protocolos y procedimientos de atención segura, orientados a disminuir dichos riesgos, asumo que siempre existe la posibilidad de que surjan complicaciones.

Estas pueden ser:

- Hemorragias, infecciones o trombosis al puncionar arterias y venas. alguna de estas complicaciones puede requerir tratamiento quirúrgico.
- Infecciones, lesiones del pulmón (neumotórax) o el desarrollo de complicaciones crónicas por ventilación mecánica.
- Reacciones adversas a algunos medicamentos.
- Forma parte del soporte vital el uso de sangre o sus derivados.
- Las maniobras de reanimación, durante paro cardiaco, pueden ocasionar lesiones en las costillas, en la piel y en otros órganos.
- Adquirir infecciones durante su estadía debido a sus escasas defensas.

Los beneficios que generan las medidas de soporte vital superan en mucho a los perjuicios de sus complicaciones. Todas estas complicaciones tienen tratamiento. Sin embargo, en un mínimo porcentaje de casos pueden ser muy graves e incluso provocar la muerte.

La Unidad de Cuidado Intermedio consiste fundamentalmente en la monitorización de signos vitales y condición clínica, debido a la labilidad o inestabilidad de los parámetros clínicos que ponen en riesgo al paciente, y la consiguiente necesidad de requerir intervenciones de paciente crítico, o la estabilización y salida de la Unidad.

Médico o profesional que entrega la información:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional:

Consentimiento:

Declaro haber entregado al médico en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada al estado de salud e historia clínica del paciente. Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste la hospitalización en la Unidad de Paciente Crítico Pediátrica, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para el estado de salud de mi representado. El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente. Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

AUTORIZO la Hospitalización de mi representado en Unidad de Paciente Crítico Pediátrico

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: