

# Consentimiento informado

## Apendicectomía

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

### Información recibida por el paciente:

**Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:**

Mediante la Apendicectomía se pretende extirpar el apéndice enfermo, evitando las complicaciones derivadas del mismo (absceso, perforación, peritonitis) que precisarían intervención quirúrgica más complicada.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

Se me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario ampliar la resección a otros órganos. También sé que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

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, como otros específicos del procedimiento.

Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis, retraso de la restauración del tránsito intestinal normal, dolor prolongado en la zona de la operación, infección de la herida operatoria.

Poco frecuentes y graves: sangrado intraabdominal, infección intraabdominal, obstrucción intestinal, colecciones de pus postoperatorias. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

El médico me ha explicado que en mi caso no existe una alternativa eficaz de tratamiento y que el tratamiento debe efectuarse a la brevedad posible una vez confirmado el diagnóstico.

### Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(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 responsable del procedimiento:

## Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la 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 antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

## Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: