

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de: _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Yo _____ Mexicano(a), contando con ____ años de edad, con dirección en _____

Autorizo al Médico (a) _____ con especialidad en _____ para que realice: un **Procedimiento de Aseo quirúrgico y revisión.**

(Breve reseña del acto quirúrgico al que va a realizarse a la o (el) paciente)

El anterior procedimiento debido, a que en este momento curso con un diagnóstico de **Secuela de Dehiscencia de Dermolipectomia Abdominal**, debido a que presento una deformidad secundaria a la colección de líquido en la zona de despegamiento de una cirugía previa, así como necrosis (muerte del tejido) en la región umbilical y en el lado derecho infra-abdominal por arriba del pubis aproximadamente de 40cm de dm y dehiscencia de la herida quirúrgica de 7cm, por lo que se hace necesaria la exploración quirúrgica retirando los puntos que sean pertinentes y explorar toda el área afectada en el abdomen.

Con técnica reconstructiva en determinadas situaciones. La forma y presión abdominal pueden influir tanto en el tratamiento recomendado como en el resultado final. Si existe el antecedente de colitis o enfermedad intestinal ocasional antes de la cirugía, es poco probable que se corrija después de la cirugía. La cicatriz resultante dependerá del grado de afectación que se descubra en el acto quirúrgico y probablemente sea necesaria una nueva intervención para su cierre definitivo.

Nombre completo y firma del paciente si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vinculo que se encuentre presente, o del tutor o representante legal (Debe escribir el paciente de su

puño y letra y anotar también de puño y letra el nombre del cónyuge o persona responsable, los dos padres de los menores o tutor legal)

Edad _____ Sexo _____

Dirección: _____

Nombre completo y firma del médico(a) que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado número de cedula profesional y de especialidad.

Nombre completo y firma de testigo

Nombre completo y firma de testigo

El que suscribe Dr(a). _____ con especialidad en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, que ejerce la profesión dentro del marco legal establecido en la República Mexicana, con registro en profesiones número _____ y con cedula de especialidad numero _____ con domicilio fiscal para oír y recibir notificaciones en _____

Y que ejerce la especialidad en el hospital _____

Ante Ud. Y de la manera más atenta expreso:

En cumplimiento de la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y en consecuencia al artículo 15 del Código Penal Federal vigente se realiza este consentimiento informado.

Quienes con nuestras firmas validamos este documento, manifestamos que con un lenguaje simple, el medico explico el plan de manejo propuesto y aclaro cada una de las preguntas que el paciente planteo, de tal forma que para ambos queda perfectamente claro que tomando en consideración las características personales, individuales del paciente, el acto médico que se requiere, consistente en lo que a continuación se expresa:

Diagnóstico: Secuela de Dehiscencia de Dermo-lipectomia abdominal.

Acto quirúrgico que se propone: Aseo quirúrgico y revisión.

(Nombre y firma de puño y letra del paciente) _____

Consentimiento informado para **Aseo Quirúrgico y Exploración.**

El paciente y/o su representante legal hace constar y manifiesta que:

Como un hecho sobresaliente debe señalarse que la explicación del médico fue lo suficientemente clara para evidenciar los beneficios que el acto médico propuesto le ofrece al paciente respecto a otras opciones de manejo, sobresaliendo particularmente las siguientes ventajas positivas del procedimiento de atención antes mencionado.

Aseo Quirúrgico y Exploración de la Pared Abdominal

Declaro bajo protesta de decir verdad que se me ha explicado de manera amplia y detallada el procedimiento al cual seré sometido(a), y se han contestado todas las preguntas que han surgido como dudas durante la explicación que el médico antes referido me ha brindado, así mismo, declaro que no existe ninguna duda sobre el procedimiento que me será efectuado, por lo que reconozco que dentro de los riesgos que se me explicaron fueron los siguientes:

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE ASEO QUIRURGICO Y EXPLORACION ABDOMINAL

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que Ud. Comprenda los riesgos asociados. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de las mujeres y/o hombres no experimentan las siguientes complicaciones, usted debe de conocer y considerar cada una de ellas para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la **Dermolipectomia Abdominal**.

-Hemorragia: Es posible aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurre una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de emergencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de hemorragia.

-Infección: La infección es infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre una infección, el tratamiento incluye antibióticos o cirugía adicional.

-Deformidad de la región: Es probable que debido a su padecimiento y al daño que han sufrido sus tejidos pueda existir una deformidad en el área abdominal así como en el sitio que corresponde a la cicatriz umbilical la cual se ha necrosado.

-Cambios en la sensibilidad de la piel: No es raro que haya algún cambio en la sensibilidad de la piel inmediatamente después de la cirugía. Al cabo de varios meses la mayoría de las pacientes tienen una sensibilidad normal. Ocasionalmente pueden ocurrir una pérdida parcial o total de la sensibilidad de la piel aunque es muy raro.

-Cicatriz cutánea: La cicatrización excesiva (queloide) es infrecuente. En casos raros pueden darse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Puede necesitarse cirugía adicional para tratar cicatrices anormales tras la cirugía o un tatuaje de la misma para igualar el color.

-Retraso en la cicatrización: Existe la posibilidad de una apertura (dehiscencia) de la herida o de una cicatrización atrasada. Algunas zonas pueden no curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar, además de requerir de tratamiento adicionales.

-Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.

-Reacciones alérgicas: En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir casos muy raros reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

-Anestesia: Tanto la anestesia local como la anestesia general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier tipo de anestesia o sedación quirúrgica.

Igualmente se manifiesta que tomando en cuenta las características personales del paciente, el médico describió las complicaciones probables que la literatura médica reporta específicamente para el acto médico que se propone y que después de relacionarlos con los beneficios antes descritos, conjuntamente con el paciente deciden el desarrollo del acto médico quirúrgico propuesto, aceptando que se conocen como posibles riesgos los

siguientes: Se precisa que se pueden presentar efectos indeseables, derivados de cualquier intervención, como los específicos del procedimiento que se realiza, que pueden llevar a la afectación de órganos. Así mismo, la existencia de riesgos inmediatos, riesgos secundarios y riesgos personalizados (estos últimos en relación a las condiciones propias del paciente y observadas en su valoración médica y de diagnóstico).

Nombre completo y firma del paciente si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, o del tutor o representante legal (Debe escribir el paciente de su puño y letra y anotar también de puño y letra el nombre del cónyuge o persona responsable, los dos padres de los _____ menores _____ o _____ tutor _____ legal)

_____ Edad _____ Sexo _____

Dirección: _____

_____.

Nombre completo y firma del médico(a) que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado número de cedula profesional y de especialidad.

Nombre completo y firma de testigo

Nombre completo y firma de testigo

BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

En forma complementaria se manifiesta también, que el médico explico el significado de la libertad prescriptiva que solicita como autorización de tal forma que si el paciente decide otorgar su consentimiento, el médico tratante queda facultado para actuar y resolver la contingencia o urgencia que eventualmente se pudiera presentar, así como para actuar o dejar de hacerlo, si así requiere o hay riesgos. Lo anterior, derivado del acto médico autorizado.

El paciente manifiesta que se le ha informado que el Aseo Quirúrgico y Exploración es una operación quirúrgica electiva. La alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención y esperar a que solo el organismo repare el defecto con los riesgos platicados de infección y mayor necrosis de tejido.

Puede necesitarse cirugía secundaria para realizar una corrección adicional. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se

esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que puedan obtenerse.

El paciente manifiesta que el médico le explico suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, siempre que el procedimiento no se encuentre realizado, reiterando así so absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

Firma del paciente (autógrafa en azul) _____

Consentimiento informado para Dermolipectomia con plastia de rectos abdominales

Refrendo que he leído y comprendido totalmente este documento, las explicaciones al respecto, así como que los espacios en blanco han sido rellenados antes de firmar, y en tal circunstancia, otorgo mi consentimiento para que se me realice el procedimiento de Aseo Quirúrgico y de Exploración.

El paciente hace constar que la información que le ha proporcionado el médico tratante, es suficiente para razonadamente tomar su decisión sobre el consentimiento solicitado, y la manifiesta libremente con su nombre y firma en el espacio correspondiente.

El paciente solicitante o responsable legal, se hará cargo de cubrir todos los honorarios médicos que se causen, y los correspondientes a servicios y materiales médicos y de curación en que se incurran durante el tratamiento solicitado según el presupuesto adjunto.

En el entendido que es necesario la toma de fotografías, videos antes, durante y después del procedimiento autorizo al Dr. (a) _____ o a quien el considere la toma de las mismas y su uso para fines del expediente clínico fotográfico, de enseñanza, presentaciones en Congresos, así como para cualquier otro fin que no sea en detrimento de mi persona y dignidad.

Así mismo autorizo al personal del Hospital en que se llevara a cabo el procedimiento descrito en esta carta de consentimiento, para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Lo anterior para dar cumplimiento a la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y dar cumplimiento al artículo 15 del Código Penal Federal vigente, se realiza este consentimiento informado.

Por lo señalado anteriormente, otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para los efectos señalados en las páginas anteriores y firma tanto quien emite el presente consentimiento como el medico encargado del procedimiento y los testigos, en todas y cada una de las hojas que integran el presente consentimiento bajo información.

Nombre, Firma y/o Huella digital del paciente

Nombre, Firma y/o Huella digital del Representante Legal

Nombre y firma del medico

Testigo Nombre, Firma y/o Huella digital

Testigo Nombre, Firma y Huella digital

El presente Consentimiento se firma en México, D.F. a los _____ días del mes de _____ de 201___. Copia para el paciente y original para el Expediente Clínico.