



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre: _____

Cédula: _____

DECLARO:

Que el Dr. Abraham Gómez Hernández me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de _____

1. Mediante este procedimiento se pretende resolver el cuadro _____
2. El cirujano me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia, sea local con o sin sedación o general.
3. **CONSIDERACIONES GENERALES:** Por razones varias como la edad, la raza, la herencia, exposición al sol, el hábito de fumar, etc., el proceso de cicatrización es impredecible y va a depender de todos estos factores. Entiendo que los resultados finales dependen de la índole del procedimiento quirúrgico y de la respuesta de mis tejidos a esta cirugía. Se me ha advertido sobre la importancia de respetar las instrucciones pre y postoperatorias que me ayudarán a alcanzar el resultado más favorable con el menor riesgo de complicaciones.
4. **RIESGOS/COMPLICACIONES:** 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 cualquier intervención como otros específicos del procedimiento. Algunos de ellos son: Hematoma transitorio y que puede durar hasta 2-3 semanas, infección de la herida que suele requerir prescripción de antibióticos, hipercorrección o hipocorrección en el objetivo deseado, que requieren de un retoque quirúrgico. Hay otros riesgos o complicaciones derivados de la anestesia, ya sea local o general, muy poco frecuentes, pudiendo ocurrir una reacción alérgica al anestésico y/o depresión del sistema nervioso central. Estadísticamente estas complicaciones ocurren en la proporción de 1 por cada 25,000 a 1 por cada 100,000 intervenciones.
5. Por mi situación vital actual (diabetes, hipertensión, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos y complicaciones como _____
6. Por las características propias de mi proceso y las relacionadas con la calidad de mi piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como _____
7. Se me han explicado las **ALTERNATIVAS** para solventar mi padecimiento actual. La elección de una u otra técnica será hecha mediante la información y el criterio del médico hacia el paciente y su aceptación consiguiente. **Se harán todas las pruebas y tratamientos necesarios para que los riesgos de la intervención se reduzcan al mínimo.**

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO: He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en mi caso particular y después de haberme informado el médico de las condiciones que puedan contraindicar la cirugía, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas. He sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del consentimiento que ahora presto.

En _____ (lugar y fecha)

FIRMA DEL MÉDICO

FIRMA DEL PACIENTE