

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
ESCLEROTERAPIA VENAS VARICOSAS SUPERFICIALES, AMBULATORIA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: __/__/____

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La Escleroterapia Venas Varicosas Superficiales, Ambulatoria, consiste en un procedimiento ambulatorio en el que se inyecta una sustancia (agente esclerosante) que irrita la capa más interna de la vena, produciendo la inflamación y posterior cicatrización de ella, pretendiéndose lograr la desaparición visual de ésta.

El procedimiento es ambulatorio y se realiza en una sala de procedimientos, sin necesidad de anestesia, siendo su finalidad fundamentalmente estética, en el sentido de hacer desaparecer las várices y telangetasias (arañas vasculares) visibles.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

Para la realización de este procedimiento, está previsto efectuarse una cantidad de sesiones que se le ha informado al paciente, pudiendo incrementarse o reducirse el número de tales sesiones, según la respuesta al tratamiento realizado.

La realización de esta terapia no impide la aparición futura de nuevas arañas vasculares o várices en localizaciones diferentes al sitio tratado.

Junto con la realización del procedimiento, es importante que el paciente siga las indicaciones dadas por el médico tratante, especialmente en relación al tipo de reposo y soporte elástico a utilizar, así como el control posterior del procedimiento realizado y la programación de las futuras sesiones.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Dolor en el sitio de inyección, durante el procedimiento o posterior a este
- Reacción alérgica producida por el agente esclerosante
- Salida del agente esclerosante por fuera de la vena
- Trombosis de los vasos esclerosados u otros circundantes
- Hipo o hiperpigmentación de la piel
- Necrosis y ulceración de la piel
- Aparición de otros vasos superficiales, vecinos al sitio inyectado
- Infección en el sitio de tratamiento
- Trombosis venosa profunda

La circunstancia de la presencia de complicaciones puede implicar la necesidad de tratamientos adicionales para el manejo de dichas complicaciones.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre la **Escleroterapia Venas Varicosas Superficiales, Ambulatoria**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA ESCLEROTERAPIA VENAS VARICOSAS SUPERFICIALES, AMBULATORIA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)