

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BAJO ANESTESIA LOCAL**

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

Extirpación de Lesión Bajo Anestesia Local, mediante este procedimiento se pretende la extirpación de su lesión con posterior posibilidad de realizar un estudio Anatomopatológico de la misma.

Consiste en la infiltración con anestesia local de la zona, seguida de la extirpación total o parcial de alguna lesión cutánea con el fin de eliminar o tomar trozo de tejido para estudio histopatológico si es que corresponde.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el médico tratante, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Es necesario que advierta a su médico de antecedentes de alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

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, efectos derivados de la situación actual del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- Infección o hematoma de la herida quirúrgica
- Lesiones cutáneas por reacción alérgica a la medicación utilizada
- Cicatrices retráctiles o antiestéticas
- Molestias locales
- Dolor prolongado en la zona de la operación.

Poco frecuentes y graves:

- Reacción alérgica grave a los anestésicos locales que puede llegar a producir shock anafiláctico.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico y, a veces, pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia (evacuación de un hematoma, drenaje de un absceso, etc.)

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Durante el curso del tratamiento, o con posterioridad al mismo, pueden presentarse condiciones imprevistas que impliquen procedimientos diferentes a los aquí referidos.

Es posible la utilización de técnicas y la realización de procedimientos que se juzguen necesarios (Se incluyen estudios Anatomopatológico, medicamentos, etc.).

Con posterioridad al tratamiento debe seguir las pautas, consultas y cuidados que se le han indicado.

No es posible hacer promesas o dadas garantías relativas al éxito y efectividad del procedimiento.

Debe estar de acuerdo en pagar los aranceles presupuestados y entender que no son reembolsables.

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 **Extirpación de Lesión Bajo Anestesia Local,** 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 EXTIRPACIÓN DE LESIÓN BAJO ANESTESIA LOCAL, 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)