

Nombre de alumno: Daniel Eduardo
García Aguilar

Nombre del profesor: Dra. María
Cecilia Zamorano Rodríguez

Nombre del trabajo: Formato
consentimiento informado

Materia: Legislación en salud y
enfermería

Grado: Octavo cuatrimestre Lic.
Enfermería

Grupo: 8° “B”



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAPAROTOMÍA EXPLORADORA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Daniel Eduardo García Aguilar

(Nombre de la paciente)

consiento en que el (la) doctor (a) Dra. María Morales Castro como cirujano(a) y el ayudante que él (ella) designe, me realicen cirugía LAPAROTOMÍA EXPLORADORA ante la dificultad para llegar a un diagnóstico correcto a través de otras pruebas diagnósticas por presentar:

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la apertura de la cavidad abdominal por medio de una herida en la cara anterior del abdomen y revisión de los órganos abdominales y pélvicos. Según los hallazgos se hará extirpación de las estructuras que estén indicadas (apéndice, ciplón, anexos, ovarios, matriz, etc.) drenaje de sangre o pus. En caso de encontrar un tumor de sospecha cancerosa se podrá tomar biopsia por congelación para decidir según su resultado el tipo de intervención que debe hacerse como extirpación de todo el aparato genital con cadenas ganglionares o simplemente cirugía reductora (sacar parte del tumor). En caso de encontrarse muchos órganos lesionados será necesario la participación de otros especialistas (cirujano, urólogo, etc.)

Esta cirugía no garantiza totalmente la identificación y/o desaparición de mi problema, ni evita que en el futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta y que por lo tanto los que la siguen no pueden garantizar resultados que no dependen exclusivamente del médico, debiendo ellos colocar todos sus conocimientos y pericia en obtener los mejores resultados.

También he entendido que existen otros métodos diagnósticos como Cirugía abdominal o órgano específico los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones tales como: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), quelóide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, de piel, abscesos, peritonitis) reacciones alérgicas, anemia, perforaciones involuntarias de órganos vecinos como vejiga, intestino, colon, vasos sanguíneos, fistulas urinarias o intestinales, hernias abdominales, adherencias, obstrucción intestinal por bridas. En caso de ser necesaria la extracción de la matriz se quedará con una permanente imposibilidad para tener hijos y si se extraen los ovarios se entrará en menopausia requiriendo reemplazo hormonal de acuerdo a criterio médico. La posibilidad de complicaciones severas como septicemia (infección generalizada), colostomía, ligadura de grandes vasos o de uréter, trombosis o muerte son raras, pero como en toda intervención quirúrgica, existe un riesgo excepcional de morir derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

Hemorragia de la herida, lesión de órganos del abdomen

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, cuyo riesgo será valorado, se realizara y será responsabilidad del servicio de anestesia.

Entiendo que la pieza o piezas extirpadas se someterán a estudio anatomopatológico inmediatamente por congelación o posteriormente según criterio médico. Estoy de acuerdo en teniendo que estar pendiente de su resultado final e informarlo al médico.

Manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción. Manifiesto que yo he entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.

Firma del paciente

C.C.

Ciudad y fecha

comitán, Chiapas 9 de febrero de 2021



Huella dactilar derecho



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA

(En cumplimiento de la Ley 23 de 1981)

Daniel Eduardo García Aguilar

(Nombre)

en forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) Dy. Jose Luis Trujillo Abarca
 como cirujano(a) y el ayudante que el (ella) designe me realicen La Apendicectomía
 COMO TRATAMIENTO PARA Apendicitis
 Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en la cual se extrae el apéndice

Esta cirugía no garantiza totalmente los resultados esperados. Se me ha explicado y entiendo que la garantía no es total pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en buscar los mejores resultados con el objetivo de mejorar el problema por el cual consulté.

También he entendido que existen otros tipos de tratamiento como La parotomía, la paroscópica
 los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes: náuseas, vómito, dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), apraxias (cambios en la sensibilidad de la piel), cistitis, retención urinaria, sangrado o hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril (urinarias, de pared abdominal, pélvicas...), reacciones alérgicas, irritación frénica, anemia, heridas involuntarias en vasos sanguíneos, vejiga, intestino u otros órganos, eventración (hernias en la cicatriz). Existen otros riesgos como: Sangrado,
Infección de la herida, bloqueo de los intestinos, lesión de órganos

También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como pelviperitonitis, choque hemorrágico o trombosis que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:
por mi salud, déficit inmunológico, edad, enfermedad secundaria

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Entiendo que si es necesario extraer algún tejido, se someterá a estudio anatomopatológico posterior en patología, estoy de acuerdo siendo mi deber reclamar el resultado e informarlo al médico.

He entendido las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información recibida del médico tratante quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo, y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva el procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice CIRUGÍA.

Firma del paciente

Firma del esposo, compañero

C.C.

C.C.

Ciudad y fecha

Comitán de Domínguez, Chiapas a 9 de febrero de 2021.