



**Mi Universidad**

**NOMBRE DEL ALUMNO: Diana Jaxem Hernández Morales**

**NOMBRE DEL TRABAJO: Consentimiento informado**

**PARCIAL: II**

**MATERIA: Legislación en enfermería**

**NOMBRE DEL PROFESOR: Mike Anderson Hernández  
Ordoñez**

**LICENCIATURA: Enfermería**

**CUATRIMESTRE: "8"**

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Fecha:** 12/02/2024

**Lugar:** Comitán de Domínguez, Chiapas

**Institución:** Hospital general

**Establecimiento medico:** María Ignacia Gandulfo

**Paciente:** David Martínez Ruiz

Yo Valeria Ruiz Hernández declaro que soy la madre de David Martínez Ruiz, y que he sido informada en detalle sobre el procedimiento y tratamiento para la operación o cirugía del derrame cerebral a realizar por el Neurólogo Gael Valadez consuegra, anestesiólogo Luis Rivera Valenzuela y por la enfermera Fabiola Vázquez Pereira, así como también fui informada sobre los posibles riesgos, beneficios y alternativas.

Autorizo al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto o procedimiento autorizado atendiendo al principio de libertad prescrita.

Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas y aclarar dudas antes de otorgar mi consentimiento. Estoy consciente de que tengo la opción de retirar mi consentimiento en cualquier momento sin consecuencias adversas para mi atención médica futura.

## **Descripción del procedimiento/Tratamiento:**

Una craneotomía es una operación quirúrgica en la cual se realiza una incisión en el hueso del cráneo para ubicar y recortar el vaso sanguíneo con el aneurisma, con la ayuda de un microscopio, el neurocirujano ubica el aneurisma y coloca un broche de titanio para bloquear el aneurisma.

## **Riesgos:**

Coaguló de sangre, sangrado en el cerebro, inflamación del cerebro, infección en el cerebro o ya sea alrededor de este, así como también problemas en el habla, la memoria entre otros

## **Beneficios esperados:**

Mejorar el daño de las células cerebrales, pequeña incisión.

## **Alternativas:**

Medicamentos para disolver los coágulos, fármacos anticoagulantes, terapia endovascular y dispositivos tales como balones.

**Nombre, Firma o huella dactilar del paciente:**

---

**Nombre y Firma de testigo #1 (opcional):**

---

**Nombre y Firma del Medico:**

---

**Nombre y Firma de testigo #2(opcional):**

---