

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-151

Para Tratamiento con Ondas de Choque  
Extracorpóreas

Rev.01

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

Las ondas de choque son ondas acústicas con un pico de energía extremadamente alto, como los que ocurren en la atmósfera después de un evento explosivo como un rayo o una explosión sónica. Una onda de choque se diferencia de una ecografía por su gran amplitud de presión. Adicionalmente, la ecografía suele consistir en una oscilación periódica, mientras que una onda de choque es un pulso único.

Mediante este procedimiento, en lo posible, se pretende realizar un tratamiento no invasivo de tendinopatías calcicas y sin calcio del hombro, codo, tendón rotuliano, tendones de la cadera, fascia plantar, falta de consolidación y retardo de consolidación de huesos, osteocondritis de cadera y rodilla, artrosis de distintas articulaciones y manejo analgésico de puntos gatillo en la Fibromialgia. Pueden ser varias sesiones según la severidad y cronicidad de la enfermedad a tratar.

### CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS (En qué consiste)

La terapia por ondas acústicas extracorpórea (en contraste con la litotricia) no se usa para desintegrar los tejidos, sino más bien para provocar efectos biológicos microscópicos intersticiales y extracelulares, que incluyen la regeneración de tejidos. En la terapia moderna del dolor, la energía de ondas acústicas se lleva a cabo desde el punto de origen, que es el generador de ondas acústicas (a través de un gel de acoplamiento) a las regiones del cuerpo que experimentan dolor. Allí, su capacidad de cicatrización es aplicada.

El procedimiento consiste en la aplicación de una máquina que genera ondas de choque por un mecanismo electromagnético o electro hidráulico en la región articular u ósea afectada, sin abrir la piel, pero que por la penetración de dicha onda pueden quedar algunas manchas sanguíneas en la zona llamadas petequias o un pequeño hematoma. Puede haber algo de molestia durante el tratamiento, dependiendo del nivel de dolor que el paciente ya esté experimentando en la zona. Sin embargo, ya que los tratamientos sólo duran unos cinco minutos, la mayoría de los pacientes son capaces de tolerar el malestar bastante bien. Además, la intensidad del tratamiento se puede ajustar al principio de cada sesión para permitir algún efecto analgésico.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere, algunas veces, la administración de anestesia en forma de parches dérmicos la mayoría de los pacientes experimentarán un alivio inmediato del dolor después del tratamiento. Sin embargo, en un plazo de 2-4 horas después del tratamiento, pueden experimentar alguna molestia en la zona tratada. Esta molestia se ha notificado como muy tolerable y que puede durar desde unas horas hasta varios días, por esta razón si fuese necesario se me administrará un tratamiento farmacológico para controlar algún grado de dolor post aplicación de las ondas de choque.

Cada sesión de tratamiento lleva unos 5-10 minutos. La mayoría de las condiciones requieren tres a cinco sesiones. Los tratamientos se realizan con 3-10 días de diferencia, dependiendo de la tolerancia del paciente y la respuesta de sus tejidos.

### RIESGOS POTENCIALES DEL TRATAMIENTO CON ONDAS DE CHOQUE EXTRACORPÓREAS

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos colaterales, pero hasta ahora no se han descrito complicaciones por el procedimiento en sí mismo, sin embargo como todo tratamiento médico podría en un futuro aparecer alguna complicación no posible de predecir en el día de hoy, dado que en varios millones de pacientes tratados en todo el mundo no ha ocurrido. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una intervención quirúrgica. El médico me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, etc.) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como las antes mencionadas.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


El médico me ha explicado la conveniencia de que, en mi caso, representa una buena opción el tratamiento con ondas de choque, ya que otras alternativas terapéuticas, son invasivas, teniendo mayores riesgos secuelas funcionales.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> Para Tratamiento con Ondas de Choque Extracorpóreas	FL-CDM-151
		Rev.01

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/(a) \_\_\_\_\_ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a  
**(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)**

un **Tratamiento con Ondas de Choque Extracorpóreas.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Tratamiento con Ondas de Choque Extracorpóreas.**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(1er Nombre y dos apellidos del paciente)**

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)**

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
**(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)**

**RECHAZO** y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con un **Tratamiento con Ondas de Choque Extracorpóreas** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
**(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)**

**REVOCAACION:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(1er Nombre y dos apellidos del paciente)**

o Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
**(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)**

En calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
**(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)**

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y **AUTORIZO** a proseguir con el \_\_\_\_\_

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma Paciente o Representante Legal o Familiar** \_\_\_\_\_

**Nombre Médico** \_\_\_\_\_ **Firma del Médico** \_\_\_\_\_  
**(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)**