

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-90

Tratamiento Quirúrgico de Fracturas Condilos  
Femorales y/o Platinos Tibiales

Rev.04

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

El propósito de esta intervención reducir y fijar los fragmentos óseos involucrados en la fractura.

### CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS CONDILOS FEMORALES Y/O PLATILLOS TIBIALES (En qué consiste)

Consiste en realizar la reducción o reconstrucción y fijación de los fragmentos óseos involucrados en la fractura, mediante elementos metálicos, suturas o bioabsorbibles.

Pueden requerir inmovilización adicional (Yesos, Férulas, Órtesis, otros)

Como todo procedimiento quirúrgico este puede variar de acuerdo a los hallazgos intra operatorios y ser necesario aplicar otras técnicas quirúrgicas.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se me administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

### RIESGOS POTENCIALES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS CONDILOS FEMORALES Y/O PLATILLOS

Comprendo que 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, como a los debidos a la situación vital del paciente (Diabetes, Cardiopatías, Hipertensión, Edad Avanzada, Anemia, Obesidad) pudiendo llegar hasta un riesgo vital; como otros específicos del procedimiento:

- Dolor en la cicatriz operatoria
- Cicatrización excesiva
- Neuromas
- Derrame post operatorio
- Hemartrosis
- Hematomas
- Infecciones Superficiales o Profundas
- Insensibilidad alrededor de Rodilla
- No consolidación de la Fractura (Pseudoartrosis)
- Consolidación viciosa de la fractura
- Retiro de material de osteosíntesis
- Exposición del material de osteosíntesis
- Aflojamiento del material de fijación
- Atrofia Muscular
- Pérdida de la Movilidad Articular
- Trombosis Venosa Profunda y Tromboembolismo Pulmonar
- Lesiones Vasculo-Nerviosas
- Distrofia Simpática Refleja
- Dolor Articular Crónico sobre todo si existen lesiones cartilaginosas
- Fracaso del procedimiento efectuado dado que ningún acto médico o quirúrgico puede garantizar resultados pese a la correcta realización de los mismos.
- Existen otras complicaciones que pueden ocurrir, sin embargo las listadas anteriormente son las que se observan con mayor frecuencia. Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

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 reintervención quirúrgica.

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLINICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> Tratamiento Quirúrgico de Fracturas Condilos Femorales y/o Platinos Tibiales	FL-CDM-90
		Rev.04

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

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 Quirúrgico de Fracturas Condilos Femorales y/o Platinos Tibiales.**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un

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 Quirúrgico de Fracturas Condilos Femorales y/o Platinos Tibiales** 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)**

**REVOCACION:**

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)**