


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>  Cirugía de Luxación Acromioclavicular de Hombro (Abierta)	FL-CDM-98
		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

Mediante este procedimiento se pretende reconstruir la articulación acromioclavicular, la cual se ha luxado generando dolor y limitación funcional, producto de un traumatismo.

## CARACTERÍSTICAS DE LA CIRUGÍA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR DE HOMBRO (ABIERTA) (En qué consiste)

La intervención quirúrgica se realiza con el paciente ligeramente semi sentado y se efectúa una incisión longitudinal en la cara superior de hombro sobre la articulación acromioclavicular. Se lleva a cabo la reducción articular (se coloca ambos componentes óseos a la misma altura) y luego se fija la clavícula con un tornillo metálico finalmente se suturan los ligamentos.

## RIESGOS POTENCIALES DE LA CIRUGÍA DE LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR DE HOMBRO (ABIERTA)

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, pudiendo llegar hasta un riesgo vital como otros específicos del procedimiento:

- Infección herida operatoria
- Aflojamiento del tornillo de fijación
- Reluxación acromioclavicular
- Hematomas
- Lesión neurológica de algún tronco nervioso con la consiguiente parálisis o trastorno sensitivo.
- Dolor residual
- Rigidez parcial de hombro
- Cicatriz hipertrófica (Queloides)
- Artrosis acromioclavicular

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

El médico me ha explicado la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la luxación acromioclavicular y que las alternativas son:

- Manejo conservador ortopédico


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.

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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLÍNICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	FL-CDM-98
	Cirugía de Luxación Acromioclavicular de Hombro (Abierta)	Rev.04

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)

una **Cirugía de Luxación Acromioclavicular de Hombro (Abierta).**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Cirugía de Luxación Acromioclavicular de Hombro (Abierta).**

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 una **Cirugía de Luxación Acromioclavicular de Hombro (Abierta).** 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)