

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-66

### Vulvectomía Simple

Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

#### EN QUE CONSISTE LA VULVECTOMIA SIMPLE

La intervención consiste en la extirpación de toda la vulva, es decir, labios mayores y menores, clítoris y tejidos cercanos a vagina, uretra y zona perineal. En mi caso se me practicará una vulvectomía simple cuya indicación es \_\_\_\_\_

La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio Anatomopatológico posterior y/o intra operatorio para obtener el diagnóstico definitivo

#### RIESGOS DE LA VULVECTOMIA SIMPLE

Las complicaciones específicas de la intervención quirúrgica son:

- Dehiscencia de las suturas de la cicatriz operatoria.
- Infecciones urinarias o de herida quirúrgica.
- Hemorragias, con posible necesidad de transfusión (intra y /o postoperatoria).

Ocasionalmente:

- Fístulas vesicales y/o rectales.
- Incontinencia urinaria y/o fecal.
- Trastornos de la micción y de la evacuación intestinal.

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

#### RIESGOS PERSONALIZADOS

\_\_\_\_\_

#### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

\_\_\_\_\_

Se me ha explicado la existencia de otras posibles opciones terapéuticas: tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo 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 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>	FL-CDM-66
	<b>Vulvectomía Simple</b>	Rev. 03

Si después de leer detenidamente este documento deseo más información, por favor no dude en preguntar al especialista responsable, que le responderá 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 nombre.

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 una **VULVECTOMÍA SIMPLE**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **VULVECTOMÍA SIMPLE**

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

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## RECHAZO:

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

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

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **VULVECTOMÍA SIMPLE** 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 y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## REVOCAACION

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

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

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

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

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_