


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Tratamiento quirúrgico de Fracturas de Cuello Femoral	FL-CDM-89
		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: \_\_\_\_\_

## OBJETIVO

Mediante este procedimiento se pretende reducir e inmovilizar la fractura por medio de una intervención quirúrgica, utilizando elementos de osteosíntesis (agujas, tornillos, placas, prótesis, etc.) hasta que se logre la consolidación ósea del segmento lesionado, los que de acuerdo a la evolución del cuadro requerirán o no su retiro en el futuro.

## EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CUELLO FEMORAL

El tratamiento consiste en la colocación de un implante para inmovilizar y estabilizar el segmento lesionado una vez que los fragmentos óseos han logrado una alineación adecuada. En algunos tipos de fractura, en que se compromete seriamente la vitalidad futura de la cabeza femoral, se coloca una prótesis.

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.

También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica de reducción si no se logra una adecuada alineación de los fragmentos con los implantes de primera elección o por los hallazgos intra operatorios, con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

## RIESGOS DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DE CUELLO FEMORAL

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.

Poco graves y frecuentes: infección o sangrado de la herida quirúrgica, flebitis, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, disminución de movilidad articular.

- Poco frecuentes y de mediana gravedad: hematoma de la zona operatoria, infección precoz o tardía, flebitis, trombosis, falta de consolidación de la fractura, reabsorción a largo plazo del hueso por necrosis, aflojamiento de los elementos de osteosíntesis, fractura de los elementos de osteosíntesis, falsa vía y/o fractura del hueso que puede necesitar de otros procedimientos.
- Poco frecuentes y graves: embolia pulmonar, embolia grasa, shock hipovolémico, 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.


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

## RIESGOS PERSONALIZADOS

## QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la fractura ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces, teniendo mayores riesgos secuelas funcionales.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 <b>HOSPITAL CLÍNICO</b> VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> <b>Tratamiento quirúrgico de Fracturas de Cuello</b> <b>Femoral</b>	FL-CDM-89
		Rev. 03

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.

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 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 un **TTO. QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DE CUELLO FEMORAL**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice un **TTO. QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DE CUELLO FEMORAL**

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 el **TTO. QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DE CUELLO FEMORAL** 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 \_\_\_\_\_

**REVOCAION**

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 \_\_\_\_\_