

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía de Luxación Acromioclavicular De Hombro (Abierta)

FL-CDM-98

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: \_\_\_\_\_

### OBJETVO

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

### EN QUE CONSISTE LA CIRUGIA DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR DE HOMBRO (ABIERTA)

La intervención quirúrgica se realiza con el paciente ligeramente semisentado 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 DE LA CIRUGIA LUXACION 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 hipertrofica (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.

### RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

### 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 facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Cirugía de Luxación Acromioclavicular De Hombro (Abierta)

FL-CDM-98

Rev. 03

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 una **CIRUGÍA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR DE HOMBRO (ABIERTA)**  
Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **CIRUGÍA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR DE HOMBRO (ABIERTA)**

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 **CIRUGÍA 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 y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**REVOCACION**

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** \_\_\_\_\_