

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA FRACTURA DE \_\_\_\_\_**

Por el presente instrumento, dejo constancia que he recibido, en forma oportuna, la información que considero adecuada y que he comprendido, habiéndose contestado todas mis dudas, respecto de la intervención denominada OSTEOSÍNTESIS DE FRACTURA DE \_\_\_\_\_ en razón de lo cual autorizo y consiento en la realización de dicha intervención.

La información que se ha referido entre otros, a los siguientes puntos:

- 1.- La hipótesis diagnóstica, consistente en FRACTURA DE \_\_\_\_\_.
- 2.- Las alternativas de tratamiento y la alternativa médicamente indicada, que consiste en REDUCCIÓN Y OSTEOSÍNTESIS habiendo decidido en base a la recomendación de mi médico tratante que es la mejor indicación en este momento para mi cuadro clínico.
- 3.- La naturaleza, fines, beneficios y molestias de la alternativa propuesta, así como los riesgos más frecuentes y más graves, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias más excepcionales derivados del tratamiento propuesto, destacando entre los riesgos los siguientes:

- Infección de la herida quirúrgica, superficial o profunda.
- Lesión vascular.
- Lesión de nervio.
- Tromboflebitis, tromboembolismo.
- Alteraciones distróficas de la extremidad.
- Rotura o estallido del hueso que se manipula durante la intervención.
- Retardos de consolidación o no unión.
- Sub corrección o sobre corrección.
- Síndrome compartimental.
- Calcificaciones heterotópicas.
- Falla de elementos de osteosíntesis.
- Rigidez articular y pérdida parcial o total de la movilidad de la articulación donde se localiza la fractura.
- Falla inherente a la rehabilitación y cumplimiento de las indicaciones médicas.

Todos estos pueden requerir otra cirugía para el manejo de la complicación o pueden derivar en graves consecuencias para mi persona, y algunas de ellas pueden ser de riesgo vital.

- 4.- La posibilidad de complicaciones u otras condiciones de salud o clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnóstica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo o coetáneo, todo lo que ha sido evaluado razonablemente de acuerdo a criterios, experiencia y conocimiento médico, en base a la información que previamente he proporcionado.

5.- La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicará probablemente una hospitalización más prolongada, como asimismo mayores costos en honorarios médicos, procedimientos, exámenes y o tratamientos, todo ello determinados por el(los) profesional(es) tratante(es) o equipo médico, no considerados en el presupuesto solicitados y/o informados.

6.- Los riesgos derivados del rechazo de la intervención/tratamiento/procedimiento propuesto que he comprendido en cuanto a sus alcances, efectos, secuelas y condición de salud posible para mí.

7.- La posibilidad de que en el curso del tratamiento/procedimiento/ intervención/examen se puedan presentar, formular o aparecer nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados de dicho tratamiento, procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudios y tratamientos, como asimismo mayores costos en honorarios médicos, tratamientos, procedimiento, intervenciones y/o exámenes, todo ello determinados por el (los) profesional(es) tratante(es) o equipo médico, no considerados en el presupuesto solicitado y/o informado.

8.- La circunstancia de que toda la información y/o antecedente que se considere adecuado y/o necesario para el conocimiento y diagnóstico, intervención o procedimiento médico, tratamiento, evaluación y seguimiento de mi estado de salud, será incorporada a mi ficha clínica personal, incluidos documentos, imágenes, registros de audio y/o audiovisuales según lo determine el profesional tratante u otros profesionales que intervengan en mi atención. Que como parte de las políticas de mejoramiento, calidad y seguridad del paciente, auditoría, estudios e investigación, se hace necesario acceder a todo o parte de la información contenida en la ficha clínica, o proceder a revisiones retrospectivas, sólo para fines y como parte de los procedimientos internos de auditoría, calidad o seguridad del paciente, educación médica continua o investigación de resultados o epidemiológica, manteniéndose en todo momento la confidencialidad y reserva de la información.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre del Profesional Informante: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_ Firma del Profesional Informante: \_\_\_\_\_