CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA ARTROPLASTIA DE HOMBRO PARCIAL Y TOTAL

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 a la intervención denominada ARTROPLASTIA O PROTESIS DE HOMBRO en razón de lo cual autorizo y consiento en la realización de dicha intervención :

1- La hipótesis diagnostica, consiste en _____
_____

2- Las alternativas de tratamiento y la alternativa médicamente indicada, que consiste en ARTROPLASTIA DE HOMBRO habiendo decidido en base a la recomendación de mi medico 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 mas frecuentes y mas graves, junto con las consecuencias de todos ellos, y la eventualidad de otros riesgos y consecuencias mas excepcionales derivados del tratamiento propuestos, destacando entre los riesgos los siguientes:

. Infección de la herida quirúrgica, superficial o profunda.
.Hematoma superficial o Profundo
. Dehiscencia o necrosis de los bordes de la Herida.
. Lesión vascular.
. Alteraciones tromboembólicas.(flebitis, tromboflebitis, embolia pulmonar)
.Lesión de nervios.
. Distrofia o síndrome de dolor regional complejo
. Fracturas periprotésicas.
. Aflojamiento o infección del implante
. Luxación del la prótesis.
. Rigidez Articular.
. Aflojamiento o desgaste del implante, que requiera recambio de la prótesis.
. Acortamiento o alargamiento del miembro operado.
. 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 derivadas de otras condiciones clínicas no relacionadas con la hipótesis diagnostica señalada, pero propias de mi condición y estado de salud previo a lo actual, los que han sido evaluados razonablemente de acuerdo a criterios médicos, en base a la información que previamente he proporcionado.

5- La circunstancia de que la presencia de complicaciones implicara probablemente una hospitalización más prolongada y mayores costos relacionados.

6-Los riesgos derivados del rechazo de la intervención propuesta.

7- La posibilidad de nuevos diagnósticos como producto de hallazgos derivados del procedimiento, intervención o exámenes realizados, pudiendo derivar en nuevas indicaciones y variación de la hipótesis diagnóstica, nuevos estudio y tratamientos.

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 medico ,tratamiento, evaluación y seguimiento de mi estado de salud, será incorporada a mi ficha clínica personal, incluidos documentos, imágenes, registros de audios 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, solo para fines y como parte de los procedimientos internos de la auditoria, calidad o seguridad del paciente, educación medica 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:_____ Parentesco: _____

Firma_____

Nombre del Profesional informante:_____

Rut:_____ Firma: _____