

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De acuerdo con lo dispuesto por la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en material de información y documentación clínica, se redacta el siguiente documento de consentimiento informado para intervención quirúrgica. Durante las consultas previas se ha proporcionado al paciente toda la información respecto a la técnica quirúrgica y al procedimiento anestésico.

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su cirujano.

INTERVENCION QUIRÚRGICA

.....
.....

Consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad:

.....
.....
.....
.....

Riesgos relacionados con las circunstancias personales del paciente:

.....
.....

Contraindicaciones:

.....
.....

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

.....

.....

NECESIDAD DE CIRUGIA ADICIONAL

Si ocurren complicaciones, puede ser necesaria la cirugía adicional u otros tratamientos. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

RESPONSABILIDADES ECONOMICAS

El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste del material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y cargos del hospital, dependiendo de dónde se realice la cirugía.

Si el coste de la cirugía está cubierto por un seguro, usted puede ser responsable de pagos adicionales, deducciones y cargos no cubiertos. Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan. Este documento de consentimiento informado refleja el estado de conocimiento actual en el momento de la publicación.

Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y hayan sido todas sus preguntas antes de que firme este consentimiento.

CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA

1. Por la presente autorizo al **Dr. José Ramón Castelló Fortet** y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento:
.....
..... He recibido el siguiente folleto informativo: "Consentimiento informado".
2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.
3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.
4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.
5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la (las) operación(es) o procedimiento(s) que se van a realizar con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.
6. Me ha sido explicado de forma comprensible: el tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar, los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento, los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D.

....., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

DR. JOSE RAMON CASTELLO FORTET
ESPECIALISTA EN CIRUGIA PLASTICA
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA
MIEMBRO DE LA S.E.C.P.R.E.
COL. NUM. 282845840

JUAN BRAVO, 25 BAJO IZDA.
28006 MADRID
TEL. 91 771 02 96

Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

Así pues, doy el consentimiento para el tratamiento o procedimiento, estando satisfecho/a con la información que se me ha facilitado.

En a de de 201...

Firma del Paciente

Firma del Cirujano Plástico

Firmado: D./Dª.

Fdo.: Dr./Dra.

(Nombre y apellidos)

(Nombre y apellidos)

D.N.I.: