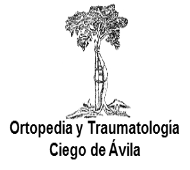
** HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE** 

**“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”**

**CIEGO DE ÁVILA**

**SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Paciente: \_\_\_\_\_\_­­­­\_­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ años de edad. HC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. En su defecto, por imposibilidad física y/o mental o acudir con acompañamiento asumo en calidad de: familiar\_\_\_\_ o testigo \_\_\_\_ del paciente. Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con CI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y con domicilio en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Representante asistencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ testifico de forma expresa que el Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Especialista en Ortopedia y Traumatología me/le ha informado a mí entera satisfacción de todo lo relativo al proceso que hace necesaria la intervención quirúrgica urgente \_\_\_, urgente relativa \_\_\_ o electiva \_\_\_; y de conformidad con los riesgos que la vigente actuación médica en nuestro entorno permite conocer, así como del tipo de intervención que se me/le va a realizar, por presentar el siguiente diagnóstico presuntivo \_\_\_\_ o definitivo \_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.-** En este tipo de afección, atendiendo a nuestros protocolos, está indicada actualmente la Intervención quirúrgica propuesta, implícita en la HC, con lo cual se pretende ***el mejoramiento o restablecimiento total del paciente a sus funciones osteomioarticulares habituales.***

**2.-** En dicha intervención pueden aparecer efectos secundarios o complicaciones no deseadas como son:

Infecciones, sangramientos masivos por lesión vascular importante, isquemia crónica con una enfermedad retráctil de los músculos, lesiones vasculo-nerviosas, roturas o estallidos del hueso durante la intervención. Así como: aflojamiento o rechazo del implante, flebitis, tromboflebitis o embolismos, rigidez articular, pérdida parcial o total de la movilidad del miembro interesado, entre otras, o desenlace fatal del paciente por algunas de las complicaciones antes mencionadas.

**3**.- Posibilidades quirúrgicas ***en un segundo tiempo*** para aspirar dar solución a algunas de las complicaciones antes mencionadas.

**4.-** Si durante el curso del acto quirúrgico y por causas imprevistas se considerase necesario o conveniente adicionar otro tipo de intervención, no informada, ***autorizo expresamente*** a que se efectúe.

**5*.- Como ciudadano cubano (a) en correspondencia con el derecho gratuito a la Salud Pública, no he tenido que abonar dinero alguno u otra prebenda para que se efectúe la intervención quirúrgica propuesta.***

***Este consentimiento que libremente otorgo no supone renuncia alguna a mis derechos. Considero que he recibido la información suficiente y he tenido la oportunidad de plantear dudas, que me han sido esclarecidas.*** En cualquier momento me reservo el derecho a revocar este consentimiento y la no realización de la intervención propuesta ***asumiendo los riesgos que puedan derivarse de ello.***

Estando satisfecho con la información recibida y ***asumiendo las posibles complicaciones, doy mi consentimiento para que se efectúe la intervención quirúrgica propuesta.***

Y para que así conste firmamos la presente en Ciego de Ávila a los \_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Especialista Firma del (la) Paciente Firma del representante Firma del Familiar,

Cuño Asistencial Testigo o

Representante legal