


Código: CMS-F-CX-047	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Versión N°		
Vigente desde		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Fecha de toma del consentimiento: _____ Hora: _____

Lugar de toma del consentimiento: _____

Yo: _____

Identificado con _____ numero _____ de _____

Con diagnóstico de _____

Mediante el presente documento legal certifico que he sido informado por parte del Médico Tratante, el Doctor _____

Sobre la siguiente actividad, intervención, procedimiento especial o tratamiento que requiero:

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA


y se me ha informado de igual manera que este procedimiento o servicio es integral y puede generar, entre otros, los siguientes efectos secundarios o colaterales, las siguientes complicaciones y también se me ha informado sobre la existencia de RIESGOS que se pueden presentar incluso bajo condiciones de atención adecuada:

Es posible pero no frecuente que se presente Infección o sangrado de la herida quirúrgica, trastornos temporales de las digestiones, dolor en la zona de la operación, dolores referidos, habitualmente al hombro, estrechez de la vía biliar, fístula biliar, sangrado o infección intraabdominal o pancreatitis. Durante la cirugía laparoscópica existe una muy baja probabilidad de lesiones vasculares, lesiones de órganos vecinos, pudiéndose requerir una reintervención.

Se me ha informado amplia y suficientemente sobre las ALTERNATIVAS de tratamiento al actualmente descrito, las cuales son:

Se considera que no existe una alternativa eficaz de tratamiento tan eficaz para su enfermedad diferente al manejo quirúrgico, de considerarse la no realización del procedimiento persistirían riesgos relacionados con su enfermedad. La intervención puede realizarse por cirugía abierta, pero se considera la vía laparoscópica como la más adecuada inicialmente en su caso.

Dejo constancia de que he sido informado del derecho que me asiste de rechazar la realización del procedimiento, actividad o plan de tratamiento y de que he sido instruido sobre el hecho de que este documento es legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y Códigos de ética de cada Profesión de la Salud estipulada de la siguiente manera: **Medicina:** Ley 23 de 1981, capítulos I,II,III. **Enfermería:** Ley 911 de 2004 **Bacteriología:** Ley 841 de 2003, Título I,IV. **Terapia Respiratoria:** Ley 1240 de 2008 título I, así como de la norma de manejo de la Historia Clínica Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 13437 de 1991, donde se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

Código: CMS-F-CX-047	FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Versión N°		
Vigente desde		

Por lo anterior autorizo a: _____
**Profesional en _____ y a la Clínica Medihelp para que
se me realice el procedimiento, actividad, intervención o Plan de Tratamiento propuesto.**

Firma del Paciente o Represente Legal

Nombre: _____ **Parentesco:** _____

Documento de identidad: _____

Firma del Profesional

Nombre: _____ **Registro Profesional:** _____

Documento de Identidad: _____

NO ACEPTACION: En consideración a la información recibida y descrita anteriormente he tomado la decisión de **NO ACEPTAR, RECHAZAR Y NO AUTORIZAR** la actividad, intervención o plan de tratamiento propuesto, declarando que he sido instruido amplia y suficientemente sobre las probables consecuencias sobre la salud y la vida, las cuales pueden ser: _____

Firma del Paciente o Represente Legal

Nombre: _____ **Parentesco:** _____

Documento de identidad: _____

Firma del Profesional

Nombre: _____ **Registro Profesional:** _____

Documento de Identidad: _____

Dada en: _____ **a los** _____ **días del mes de** _____ **de** _____