	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	<b>Código:</b>	<b>F-CIR-003</b>
		<b>Versión:</b>	<b>5</b>
	<b>ATENCIÓN EN CIRUGÍA</b>	<b>Fecha:</b>	<b>20/10/2020</b>
		<b>Páginas:</b>	<b>3</b>

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

**Paciente:** \_\_\_\_\_

Tipo de Documento de identidad: \_\_\_\_\_ Número del documento: \_\_\_\_\_

**Registro de Paciente.**

**Manifiesto:**

**Que** he sido informado(a) por el médico tratante doctor \_\_\_\_\_:

**Que** a la fecha presento un diagnóstico de \_\_\_\_\_

**Que** su evolución natural es \_\_\_\_\_

**Que** para su resolución se requiere realizar un procedimiento quirúrgico y/o menor denominado \_\_\_\_\_

**Que** Consiste en: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Ubicación de sitio de procedimiento




Órgano único: \_\_\_\_\_

**Que** para facilitar el acto quirúrgico se me aplicará, bien sea **Anestesia local**  o **Anestesia general**

En el caso que se requiera anestesia general, que consecuente con el riesgo que comporta el uso de medicamentos anestésicos de forma separada el médico anestesiólogo previo al procedimiento me informó acerca de su acto anestésico y las posibles complicaciones y beneficios de este, a fin de que estando debidamente informado(a) exprese de manera suscrita el formato denominado CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO.

**Registro de Especialista**

**Que** los beneficios del procedimiento quirúrgico y/o del examen a realizarme de acuerdo con las estadísticas médicas en términos generales son \_\_\_\_\_

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	<b>Código:</b>	<b>F-CIR-003</b>
		<b>Versión:</b>	<b>5</b>
	<b>ATENCIÓN EN CIRUGÍA</b>	<b>Fecha:</b>	<b>20/10/2020</b>
		<b>Páginas:</b>	<b>3</b>


\_\_\_\_\_ y

**Que los Riesgos**, complicaciones, mortalidad y secuelas del procedimiento y/o de la cirugía y estadísticamente más probables, son: (Quien realice el procedimiento registre el consentimiento a manuscrito, incluya las de la anestesia local si aplica).

Existe riesgo de sangrado de sitio operatorio	SI	NO
Existe riesgo de infección de sitio operatorio (superficial o profunda o de cavidad)	SI	NO
Existe riesgo de lesión de órganos vecinos a sitio operatorio	SI	NO
Existe riesgo de dolor crónico pos operatorio	SI	NO
Existe riesgo de dolor agudo pos operatorio	SI	NO
Existe riesgo de trombosis de venas de extremidades inferiores (T.V.P.)	SI	NO
Existe riesgo de trombosis de arterias pulmonares (T.E.P.)	SI	NO
Existe riesgo de alergias	SI	NO
Existe riesgo de lesión de piel	SI	NO
Existe riesgo de cicatrización hipertrófica o queloidiana	SI	NO
Existe riesgo de rechazo a materiales inertes de suturas y de dispositivos médicos	SI	NO
Existe riesgo de vasculitis y/o necrosis en caso de inyección intramuscular	SI	NO
Existe riesgo a granulomas cuerpos extraños	SI	NO
Existe probabilidad de reintervención	SI	NO
Existe probabilidad de fallecimiento	SI	NO

**Que las Alternativas de tratamiento comparadas con la cirugía propuesta**, son: (Quien realice el procedimiento registre el consentimiento a manuscrito) NO existe Alternativa: \_\_\_\_ / SI existe Alternativa: \_\_\_\_ y consiste (n) en :

<b>CONDICIONES DE LA RESOLUCIÓN 521 DEL 28 DE MARZO DE 2020 PARA PACIENTES COVID.</b>
<p>Dentro del marco normativo de la Resolución 521 del 28 de Marzo de 2020 para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID 19 y el Anexo Técnico artículos 5.6 y 5.8, el personal de salud de la CLÍNICA VIP Y/O CENTROS DE ESPECIALISTAS MEDICOS AXA COLPATRIA me ha informado que para ser intervenido dentro de este marco normativo la institución se requiere que debidamente informado por el personal médico sobre enfermedad COVID 19 producida por el coronavirus, manifieste entender y aceptar que:</p> <p><b>CONDICIONES PREQUIRURGICAS</b> relacionadas con la pandemia por <b>COVID 19</b>, manifiesto que:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Que para descartar si soy portador asintomático de la enfermedad COVID19. no existe una prueba que se me pueda realizar inmediatamente antes de la cirugía, por lo tanto, el personal médico determinará que no soy portador asintomático de la enfermedad porque no he tenido contacto estrecho con personas que hayan sido diagnosticadas o se encuentren con sospecha de enfermedad por COVID19 en los últimos 14 días.</li> <li>2. Que entiendo que, si fuera portador del virus productor de COVID 19 de forma asintomática, el riesgo al ser objeto de una cirugía podría generar el desarrollo de la enfermedad y que según informa <i>EClinicalMedicine; m5G; April 4, 2020;9:41. Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surgeries during the incubation period of COVID-19 infection</i>, el 40% de un grupo de 36 pacientes en China desarrolló la forma grave de la enfermedad, y de esta misma cohorte una mortalidad del 20% de casos.</li> <li>3. Que no he tenido síntomas respiratorios o gastrointestinales que hagan pensar el curso de la enfermedad COVID 19.</li> <li>4. Que para evitar contagiarme de COVID 19, todos los profesionales y personas del área administrativa de la Clínica VIP y Centros de Especialistas Médicos AXA Colpatría, portan los elementos de protección personal recomendados para evitar la posibilidad de ser contagiado. Pero igual el riesgo de ser contagiado de COVID19 se mantiene.</li> <li>5. Que se me ha indicado que desde el momento en que me programaron y hasta quince días después de ella debo tener distanciamiento social y estricto; y esto puede significar que exista riesgo o probabilidad de por lo menos el 1% de adquirir COVID 19 al salir de cuarentena.</li> <li>6. Que entendidos los anteriores aspectos relacionados con mi estado de salud a la fecha acepto ser intervenido en este momento y ratifico que no tengo sospecha o conocimiento de ser un portador asintomático y que me comprometo a guardar la cuarentena posterior al procedimiento.</li> </ol>

	<b>FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS</b>	<b>Código:</b>	<b>F-CIR-003</b>
		<b>Versión:</b>	<b>5</b>
	<b>ATENCIÓN EN CIRUGÍA</b>	<b>Fecha:</b>	<b>20/10/2020</b>
		<b>Páginas:</b>	<b>3</b>

**CONSENTIMIENTO**

(En caso de incapacidad clínica o legal del paciente, deberá firmar el representante legal del paciente)

Yo, \_\_\_\_\_ Manifiesto que estoy conforme con la intervención: \_\_\_\_\_

Que he leído y comprendido la información anterior. Así mismo, he podido preguntar y aclarar todas mis dudas y que debidamente informada he tomado consciente y libremente la decisión de autorizar el procedimiento y que puedo retirar el consentimiento otorgado cuando lo estime oportuno.

Por último, manifiesto que estoy (estamos) satisfecho(s) por la información recibida.

SI  NO  Autorizo a que se realicen el/los procedimientos(s) quirúrgico(s) propuesto(s) y las acciones médicas oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SI  NO  Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SI  NO  Autorizo obtener fotografías, videos o registros gráficos durante la cirugía, siempre que respeten mi intimidad, mi identidad y sea exclusivamente para fines académicos o científicos, lo cual excluye fines publicitarios. Entiendo además que estos registros hacen parte de la historia clínica.

SI  NO  Autorizo el uso la(s) tecnología(s) que el médico requiera durante el procedimiento que hayan sido planeadas y no hayan sido planeadas.

Solicito que se respeten las siguientes condiciones:

\_\_\_\_\_

Certifico que esta hoja me ha sido completamente explicada, que la he leído o me la han leído y que entiendo perfectamente su contenido.

Firma: _____	Firma: _____	Firma: _____
Paciente o persona responsable legalmente	Testigo	Dr. (Dra.).
Sr(a): Nombre: _____	Sr(a): Nombre: _____	Sr(a): Nombre: _____
C.C. N. _____	C.C. N. _____	RM: N. _____
Teléfono _____	Teléfono _____	

**Nota:** Señor usuario y familia para procedimientos quirúrgicos, en Clínica VIP se aplican listas de chequeo de seguridad preoperatorias, transoperatorias y postoperatorias por su seguridad.