



Consentimiento bajo información para Cirugía de Urgencias

CON FUNDAMENTO EN LA LEY GENERAL DE SALUD. ARTICULO 77 BIS. REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD
MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. ARTICULOS 80, 81, 82, 83 Y A LA NORMA OFICIAL
MEXICANA NOM-004-SSA3-2012. DEL EXPEDIENTE CLÍNICO FRACCIONES 10.1.1.1. A LA 10.1.1.4.

Nombre	Edad	Sexo	No
Lugar	Fecha	Servicio o Médico tratante:	Cama

Tiene usted una enfermedad o lesión grave y que requiere una intervención quirúrgica para ser tratada, antes de que aparezcan complicaciones más graves o para salvarle la vida. Esta intervención debe realizarse de forma urgente, aunque no dispongamos de un diagnóstico de certeza, ya que su estado no permite esperar más tiempo o a la realización de otras pruebas o estudios.

El procedimiento consiste en acceder al sitio de la lesión o trastorno patológico que puede ser en cualquier área del cuerpo (cuello, tórax, cavidad abdominal, miembros superiores, inferiores, etc.), mediante una incisión con la finalidad de realizar una exploración detallada de los órganos, vísceras, otras estructuras, con objeto de intentar diagnosticar y tratar la lesión o la enfermedad que ha condicionado la urgencia actuando en consecuencia. También es posible la realización de modificaciones a lo planeado por los hallazgos intraoperatorios o la realización de varios procedimientos quirúrgicos si así lo requiere el caso. Es posible que en casos muy graves sea necesario la extirpación parcial o total de algún órgano con la finalidad de salvarle la vida. En caso de un sangrado severo de los tejidos o un órgano en la cavidad abdominal, es posible que sea necesario dejar una o varias compresas con la finalidad de cohibir el sangrado y posteriormente retirarlas en días siguientes mediante otra intervención quirúrgica. Puede ser necesario la colocación de tubos de drenaje o sondas.

Yo _____

Nombre y firma del paciente o representante

Manifiesto mi libre voluntad para autorizar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se me indiquen o apliquen después de haberme informado de manera clara, oportuna, suficiente y veraz sobre mi enfermedad y estado actual, además de los beneficios, los posibles riesgos, complicaciones y secuelas. Se me ha comunicado las alternativas existentes y disponibles, el derecho a cambiar mi decisión en cualquier momento antes del procedimiento o intervención. También otorgo mi autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto médico señalado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva. Con el propósito de que mi atención sea adecuada, me comprometo a proporcionar información completa y veraz, así como seguir las indicaciones médicas.

Diagnostico	Tipo de Intervención	Urgente ()	Electiva ()
--------------------	----------------------	-------------	--------------

Riesgos más frecuentes que dependerá de la zona afectada: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, dehiscencia de la herida quirúrgica. Si se realizan suturas intestinales, vías biliares, conductos urinarios pueden producirse fístulas por diferentes razones. Sangrado intraabdominal, tórax, cuello, etc. infección intraabdominal, abscesos intrabdominales, obstrucción intestinal, formación de adherencias intestinales tempranas y tardías, alteraciones cardiorrespiratorias y renales, embolia. Puede requerirse de reintervención por cualquier complicación que pudiera presentar y que están en relación a la gravedad del problema. En muchas de las ocasiones es necesario transfundir sangre o hemoderivados. Por la condición de ser una Urgencia es mayor la probabilidad de que pueda presentarse el fallecimiento del paciente

Riesgos Personalizados.- También es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, resultados adversos por antecedentes de enfermedades previas, adicción a drogas, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia que aumentan la morbi mortalidad.

Beneficios: Mediante este procedimiento se pretende llegar a un diagnóstico de la enfermedad o lesión que presenta y que pone en riesgo su vida, que no ha podido esperar o ser determinado por otros medios e intentar, si es posible, resolverla en el mismo procedimiento quirúrgico

Procedimientos Alternativos: No se recomienda porque el retraso en la operación puede poner en peligro su vida

Nombre y Firma del Testigo	Nombre y firma del Médico
----------------------------	---------------------------

Revocación del Consentimiento: Yo después de ser informado de la naturaleza y riesgos del procedimiento propuesto, manifiesto de forma libre y consciente mi denegación /revocación (tachése lo que no proceda) para su realización, haciéndome responsable de las consecuencias que puedan que puedan derivarse de esta decisión.

Nombre y Firma del Paciente o Representante

Nombre y firma del testigo