

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

La "Cirugía Mayor Ambulatoria" (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad, y en la que el paciente acude al centro de salud el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio. Es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a los pacientes de una forma efectiva, segura y eficiente, con un ingreso inferior a 24 horas.

Objetivos

Esta cirugía le permitirá disminuir o eliminar las molestias por las cuales usted ha consultado. Existen alternativas médicas de tratamiento a esta cirugía que me han sido explicadas y he decidido en conjunto con mi médico que en mi caso es recomendable el tratamiento quirúrgico.

Características

Declaro que se me ha explicado en detalle, que conozco y he comprendido la intervención a la cual seré sometido, sus fines, riesgos que involucra, las posibles complicaciones, efectos colaterales y daños que puedan producirme.

Se requiere del uso de anestesia, la que será determinada por el médico anestesista atendida las características, beneficios y riesgos para el paciente. Durante la intervención se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su examen).

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad.

El tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente y de la intervención quirúrgica.

Riesgos

Esta cirugía involucra riesgos, como toda intervención, tales como: posibilidad de presentar infecciones de la herida operatoria, reacciones alérgicas, hemorragias que requieran de una nueva intervención o desarrollar cicatrices hipertróficas (mayores a las habituales).

Es importante tener presente que los pacientes con enfermedades crónicas, metabólicas (como diabetes, obesidad) o cardiovasculares tienen un mayor riesgo quirúrgico, sobre el particular se puede solicitar mayor información al médico.

Expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala, en tales condiciones CONSIENTO que se me efectúe en forma ambulatoria el procedimiento.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal