

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

Reparar la hernia inguinal, que es un defecto de la pared abdominal, por donde en algunos casos se desliza alguna víscera u órgano intrabdominal con riesgo de atascamiento y en algunos casos de estrangulación.

### Características

La operación consiste en reparar el defecto herniario, reforzando la pared abdominal.

Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que el tipo de anestesia para esta operación puede ser local o raquídea.

El médico me ha indicado de la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, enfermedades que yo sufra (Ej.: diabetes, hipertensión, asma, etc.) medicamentos que tome actualmente en forma diaria o cualquier otra circunstancia.

Finalmente se me ha explicado que para tratar la hernia inguinal el único tratamiento es el quirúrgico.

### Riesgos

A pesar de la correcta realización de la técnica quirúrgica pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención, como otros específicos del procedimiento:

- Sangramiento o hematoma local
- Infección de la herida operatoria
- Acumulación de líquido bajo la piel (seroma)
- Dolor local prolongado
- Recidiva de la hernia, lo que con la colocación de malla es mínima

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 de **HERNIOPLASTÍA INGUINAL**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal