

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad: marcar con una X (OBLIGATORIO)

DEDO PULGAR DERECHO	
DEDO ÍNDICE DERECHO	
DEDO MEDIO DERECHO	
DEDO ANULAR DERECHO	
DEDO MEÑIQUE DERECHO	

DEDO PULGAR IZQUIERDO	
DEDO ÍNDICE IZQUIERDO	
DEDO MEDIO IZQUIERDO	
DEDO ANULAR IZQUIERDO	
DEDO MEÑIQUE IZQUIERDO	

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

El propósito principal de la intervención consiste en corregir, en lo posible, la deformidad de los dedos y la aparición de otras deformidades como dedos en garra, hiperqueratosis (callosidades) y subluxaciones de articulaciones, mejorar la biomecánica e intentar la desaparición de los dolores.

Características

La intervención consiste en la corrección de la deformidad a nivel de dedos con realineación de los mismos. Esta corrección se puede hacer mediante técnica convencional o mediante técnica de mínima incisión, a través de pequeños orificios. La intervención precisa de anestesia, que será valorada por el anestesista.

Riesgos

Como toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad, etc.) lleva implícitas complicaciones comunes a cualquier procedimiento quirúrgico y otras propias de la operación:

- La reaparición de la deformidad del dedo
- Adormecimiento de la zona distal del dedo
- Neuromas de los nervios digitales
- Necrosis de los bordes de la herida
- Hematomas
- Limitaciones de la movilidad del dedo
- Infección de la herida operatoria

Algunas de aquellas complicaciones, de presentarse, podrían eventualmente requerir cirugía/s adicionales/s que por sí misma/s conlleva/n riesgos, costos y/o complicaciones potenciales

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **DEDOS EN GATILLO**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal