

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____

Representante legal (si corresponde): _____

Objetivos
El propósito principal de la intervención consiste en eliminar la protuberancia ósea que presenta la zona plantar del talón, e intentar la desaparición del dolor.

Características
Esta corrección se puede hacer mediante técnica convencional o mediante técnica de mínima incisión, a través de pequeños orificios por los que se practica la resección ósea, bajo control radioscópico.
La intervención precisa de anestesia, la cual será valorada por un anestesista.

Riesgos
Como en toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica operatoria como por la situación de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad), la operación del espolón del calcáneo lleva implícitas una serie de complicaciones comunes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos.
También he sido informado/a que como complicaciones específicas de esta cirugía se han descrito:

- Reparición de la protuberancia ósea
- Adormecimiento de alguna zona del pie por lesión de alguna rama nerviosa sensitiva o motora
- Neuromas de nervios
- Hematomas
- Infección de la herida quirúrgica ya sea superficial o profunda con riesgo de afectación de estructuras óseas
- Trombosis venosa profunda y excepcionalmente, tromboembolismo pulmonar

Finalmente, que en aquellas personas en las que existe contraindicación quirúrgica pueden aliviarse las molestias con el uso de plantillas u órtesis y zapatos especiales.

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de 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 ellos 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.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **CIRUGÍA ESPOLÓN CALCÁNEO**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal