



CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIA CON PUNCH



*Rote la pantalla del dispositivo
para leer cómodamente*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO BIOPSIA CON PUNCH SACABOCADO

Yo, identificado como aparece al final de este documento, declaro que el doctor(a) cuyo nombre aparece también al final de este documento me ha explicado que me debe realizar una **BIOPSIA POR PUNCH -O SACABOCADO-** cuyo objetivo es extraer una pequeña muestra de piel que luego se lleva al laboratorio de patología para aclarar el diagnóstico de la lesión en piel tipo diagnóstico, con un instrumento filoso que extrae un fragmento cilíndrico de piel al aplicarse y retirarse. El beneficio esperado es **ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DEFINITIVO** por estudio microscópico de las células del fragmento de piel extraído.

Se me ha explicado que, aunque la Clínica se ciñe a estándares y protocolos de práctica clínica segura propios del procedimiento, existen riesgos de muy baja frecuencia, mencionados a continuación:

- Sangrado durante y/o después del procedimiento en la herida quirúrgica.
- Infección en la zona quirúrgica y/o a sus alrededores.
- Lesión de algún nervio cuyo trayecto esté en la zona de la toma del tejido de piel.
- Dolor prolongado en la región intervenida.
- Reacción alérgica a algunos de los medicamentos que me apliquen durante la intervención.

- Cicatrización anormal tipo queloide.
- En casos extremadamente raros estos eventos, principalmente la reacción alérgica y la infección, pueden progresar y convertirse en una condición que requiera hospitalización, otras terapias médicas, reanimación y muerte.

Me han explicado que tengo total autonomía para **REVOCAR** la decisión de hacerme este procedimiento y que la consecuencia de negarme es que no se encuentre el diagnóstico apropiado oportunamente y no se inicie el manejo adecuado.

Me han explicado que en caso de cualquier duda podré comunicarme telefónicamente con la Institución para pedir asesoría y un profesional de la salud me devolverá la llamada aclarando mis dudas.

Soy consciente de que en caso de omitir o distorsionar información sobre mis antecedentes médicos como alergias y medicamentos que tomo puedo poner en riesgo mi vida durante la realización del procedimiento y asumo las consecuencias de toda información falsa u omitida al respecto.

Por tanto, en pleno uso de mi capacidad y de forma voluntaria, asumo las consecuencias de mi decisión sobre la realización o negación del procedimiento - según se firme **SI ACEPTO** o **RECHAZO EL PROCEDIMIENTO**. Queda entendido que yo asumo a mi propio riesgo la(s) complicación(es) que se pudieran generar de mi decisión y por lo tanto exonero al médico tratante y la Institución de la responsabilidad que acarrea la aparición del(los) riesgo(s) y/o consecuencia(s) previsto(s).

Mediante mecanismo de firma digital asociado a este documento electrónico doy mi consentimiento según la información previamente consignada.

OBSERVACIONES

1. Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.
2. El presente documento se encuentra en una plataforma digital para su firma electrónica. Al paciente o tutor legalmente constituido se le entrega este texto para que lo lea previamente al procedimiento y el día de la cirugía o unos días antes lo debe firmar mediante mecanismo electrónico.
3. La ausencia de firma implícitamente interpreta como disentimiento a realizarse el procedimiento descrito en este documento, por tanto es obligatorio firmarlo si el paciente efectivamente acepta los riesgos y condiciones mencionados para poder hacer el procedimiento.
4. El personal de la Clínica le dará indicaciones sobre cómo realizar el registro de firma electrónica mediante dispositivo y softwares diseñados para tal fin.

CONECTÉMONOS
Clic en el ícono





Cuidamos el planeta a través de pequeñas cosas:
no imprimimos documentos sin ser necesario.

PBX: (604) 444 3527 Ext. 121

Procedimientos o cirugías: 315 361 6676

Retiro de puntos: 316 442 5515

Programación consulta: 305 291 2287 - 323 225 2247

Cra. 46 #7-12 y Calle 7 #45-29

Patio Bonito – Poblado, Medellín, Colombia

info@clinicaaurora.co - programacioncirugia@clinicaaurora.co

www.clinicaaurora.com.co / virtual.clinicaaurora.com.co