



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CRIOTERAPIA



*Rote la pantalla del dispositivo
para leer cómodamente*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO CRIOTERAPIA

Yo, en nombre del paciente identificado como aparece en el encabezado de la versión digital de este documento para firma electrónica, declaro que el doctor(a) de quien recibo la atención de mi actual enfermedad cuyo nombre aparece al final de este documento me ha explicado que me debe realizar un procedimiento denominado **CRIOTERAPIA** cuyo objetivo es **REMOVER UNA (O VARIAS) LESIÓN(ES) EN PIEL**, mediante la congelación por aplicación de nitrógeno líquido sobre dicha lesión. El beneficio esperado es eliminar la lesión de la piel y evitar que esta crezca, invada otros tejidos, produzca dolor y otros síntomas como picazón o incomodidad. 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:

- Dolor y/o sensación de ardor durante y/o después de la crioterapia en el sitio del procedimiento.
- Ampolla en el sitio -o contiguo- de zona de aplicación crioterapia.
- Puede quedar cicatriz posterior, algunas veces incluso cicatriz queloide.
- Cambios posteriores en el color de la piel, un tono más oscuro o más claro.
- Puede aparecer infección de la piel.

- La lesión de piel a tratar podría volver a aparecer en un futuro (recidiva).

Me han explicado que tengo total autonomía para **REVOCAR** la decisión de hacerme este procedimiento y en caso de negarme la consecuencia es que la lesión posiblemente nunca se curará, podrá crecer y complicarse.

Me han explicado que en caso de cualquier duda podré comunicarme telefónicamente con la Institución para pedir asesoría y en este caso 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 del 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).

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