



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESBRIDAMIENTO/DERMOABRASIÓN MECÁNICA DE LA UÑA



*Rote la pantalla del dispositivo
para leer cómodamente*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESBRIDAMIENTO/DERMOABRASIÓN MECÁNICA DE LA UÑA

Yo, identificado como aparece en el encabezado de la versión digital de mi historia clínica, por la presente declaro que el doctor(a) cuyo nombre aparece al final del mismo documento digital, me ha explicado que me debe realizar un procedimiento denominado **DESBRIDAMIENTO/DERMOABRASIÓN MECÁNICA DE LA UÑA**, cuyo objetivo es **REMOVER UNA PARTE DE - O TODA - LA UÑA, INCLUIDA LA REPARACIÓN DE LA PIEL DEBAJO DE LA UÑA (LECHO)** porque presento el diagnóstico mencionado en mi historia clínica.

Dicho procedimiento consiste en la abrasión mecánica con puntas de diamante/cerámica conectadas a una pieza de mano y motor. El beneficio esperado es eliminar la lesión de la uña y los síntomas derivados, disminución del dolor y otros síntomas como incomodidad, eliminar la contaminación por hongos y limpiar la piel debajo de la uña para que ésta pueda adherirse de manera adecuada.

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 la uña y de sus partes.
- Quemadura por fricción.
- Espículas en la uña.
- Dolor prolongado en la región intervenida.
- Reacción alérgica a algunos de los medicamentos que me apliquen durante la intervención.
- Cicatrización anormal.
- 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.

El médico me ha explicado otras alternativas, como no tratamiento o las que a su juicio clínico considera, y entiendo que esta es la mejor opción.

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; además, en caso de ser cáncer, la lesión puede invadir otros tejidos y agravarse la enfermedad.

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 o negación 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 del procedimiento 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