



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA



*Rote la pantalla del dispositivo
para leer cómodamente*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

FECHA:

En desarrollo del artículo 15 de la Ley 23 de 1981, hago las siguientes declaraciones:

Por medio del presente documento, en forma libre, en pleno uso de mis facultades mentales y sin limitaciones o impedimentos de carácter médico o legal, habiendo recibido información por parte del médico tratante o par médico, otorgo mi consentimiento para que **EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE CLÍNICA AURORA** me practique **LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA** ordenados por el médico.

CLINICA DERMATOLÓGICA ESPECIALIZADA

A continuación, se describen los procedimientos que posiblemente le realizará el personal de enfermería durante la atención.

CATETERISMO VENOSO

Es un procedimiento mediante el cual se punciona un conducto sanguíneo del organismo (vena) con una finalidad terapéutica.

- **Posibles riesgos:** inflamación e infección de las venas puncionadas, hematomas (moretones), extravasación, dolor local.

RETIRO DE PUNTOS DE SUTURA

Es un procedimiento por medio del cual se retira el material de sutura de la herida en cicatrización, según la orden médica con una pinza, tijera y/o una hoja de bisturí.

- **Posibles riesgos:** dehiscencia de sutura, sangrado, inflamación, infección.

CURACIONES

Procedimiento encaminado a la remoción de partículas y secreciones de las heridas, facilitando la regeneración de tejidos y para prevenir o disminuir el riesgo de infección del paciente.

- **Posibles riesgos:** irritación en la piel, dolor, sangrado.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAMUSCULARES Y ORALES

Es un procedimiento mediante el cual se introduce al organismo del paciente, sustancias medicamentosas con fines terapéuticos a través de diferentes vías.

- **Posibles riesgos:** reacciones alérgicas (fiebre, escalofrío, brote y dificultad respiratoria), dolor o abscesos en el sitio de punción.

OTROS PROCEDIMIENTOS

Toma de muestras de laboratorio (VIH-HB-hemograma), rasurar zona operatoria dependiendo de la intervención quirúrgica.

Por tanto:

Yo, _____
mayor de edad, identificado con Cédula de Ciudadanía, número
_____ de _____, en mi
calidad de paciente () o representante legal del paciente () _____

Manifiesto que:

He sido informado de los procedimientos que se me pueden realizar, por tanto, doy mi consentimiento para que el personal de enfermería los realice, ya que son necesarios para el restablecimiento y cuidado de mi salud.

Certifico que la información suministrada ha sido clara y comprensible para mí.

Por lo tanto, consciente de los cuidados que requiero y de la importancia de estos para la recuperación de la salud y de las posibles consecuencias que se derivarían de la no realización de los procedimientos, en forma libre y voluntaria, otorgo mi consentimiento para que se me realicen aquellos anteriormente descritos.

Firma del paciente/representante legal
Cédula:

Firma de la Enfermera o Auxiliar de Enfermería
Cédula:

ASPECTOS A TENER EN CUENTA PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Ley 911 de 2004, que determina la responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia y el régimen disciplinario, en su artículo 6°, establece:

“El profesional de enfermería deberá informar y solicitar el consentimiento a la persona, a la familia o a los grupos comunitarios, previa realización de las intervenciones de cuidado de enfermería, con el objeto de que conozcan su conveniencia y posibles efectos no deseados, a fin de que puedan manifestar su aceptación o su oposición a ellas. De igual manera, deberá proceder cuando ellos sean sujetos de prácticas de docencia o de investigación de enfermería”.

El **consentimiento** informado se traduce en un **derecho del paciente** cuyo principal, y tal vez el único objetivo, es proteger la autonomía y voluntad del paciente.

El consentimiento debe ser expreso y documentado, y se requiere que **siempre se consigne su obtención en la historia clínica**.

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 días antes este texto para que lo lea previamente y el día del procedimiento, lo debe firmar mediante mecanismo electrónico.
3. La ausencia de firma implícitamente interpreta como disenso 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