



# CONSENTIMIENTO INFORMADO ONICECTOMÍA/MATRICECTOMÍA



*Rote la pantalla del dispositivo  
para leer cómodamente*

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ONICECTOMÍA Y/O MATRICECTOMÍA

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 condición de salud y cuyo nombre aparece al final de este documento me ha explicado que me debe realizar un procedimiento denominado **ONICECTOMÍA Y/O MATRICECTOMÍA** cuyo objetivo es **REMOVER UNA PARTE DE - O TODA - LA UÑA** según el diagnóstico de la historia clínica correspondiente a esta atención, mediante extracción quirúrgica (incisión con bisturí) y aplicación de sustancia química (fenol) en la matriz de la uña, previa inyección con jeringa de anestesia local. El beneficio esperado es eliminar la lesión de la uña y los síntomas derivados, disminución del dolor y otros síntomas como incomodidad. Además el tejido resecado es llevado al laboratorio de patología para estudiar si hay cáncer y de cuál tipo, y en caso de haberlo, verificar que los bordes queden libres de cáncer. 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 cirugía.

- 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 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 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](mailto:info@clinicaaurora.co) - [programacioncirugia@clinicaaurora.co](mailto:programacioncirugia@clinicaaurora.co)

[www.clinicaaurora.com.co](http://www.clinicaaurora.com.co) / [virtual.clinicaaurora.com.co](http://virtual.clinicaaurora.com.co)