

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CIRUGÍA DE COLUMNA

1. Este documento sirve para que usted, o quien lo representa, dé su consentimiento para esta intervención quirúrgica, autorizándonos a realizarla.
2. Puede usted retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no lo obliga a realizarse la intervención.
3. El hecho de manifestar su rechazo no derivará en consecuencias adversas respecto a la calidad del resto de la atención que usted reciba.
4. Antes de firmar este documento es importante que lea atentamente toda la información. Si usted tiene alguna duda o necesita más información, no dude en solicitarla, estamos para atenderlo.

El/La que suscribe: _____

DNI: _____, mayor de edad, libremente y en pleno uso de mis facultades mentales he recibido las explicaciones de la intervención quirúrgica

El Dr. _____ me ha informado de los posibles beneficios, así como de las eventuales complicaciones y/o secuelas neurológicas y/o no neurológicas, transitorias y/o permanentes, anestésicas y clínicas incluyendo el riesgo de muerte. Se me explicó en detalle que todas las cirugías de columna tienen riesgo de sangrados, hematomas, infecciones, fístulas de líquido cefalorraquídeo, déficits neurológicos parciales o totales, meningitis, trastornos visuales, lesiones en la piel por decúbitos, disfagia, disfonía, etc. También existen potenciales riesgos alejados, como infecciones tardías, pseudoartrosis, fallas del material protésico, enfermedades del segmento adyacente, etc; que en algunos casos precisan una reintervención.

Manifiesto estar conforme con la intervención que se me ha propuesto, conociendo la existencia de alternativas. He leído y comprendido la información otorgada. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. No pudiendo invocar desconocimiento de el/los riesgo/s inherente/s al/los procedimiento/s.

Por lo cual autorizo a que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar peligros o daños potenciales para la vida o salud, que pudieran surgir en el curso de la misma. Asimismo, autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación

directa o indirecta de la enfermedad que padezco. Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o difusión del conocimiento científico con la adecuada protección de mi identidad.



Firma del paciente
o representante legal

Aclaración



Firma del médico
a cargo del paciente

Aclaración