

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS, identificado con el documento de identidad N° 29699419 manifiesto que el (la) Doctor(a) ARANGO BOTERO, GERMAN de la IPS me ha informado que presento: K802 CALCULO DE LA VESICULA BILIAR SIN COLECI STITIS; y en un lenguaje claro, sencillo y comprensible para mí, me ha explicado suficiente y adecuadamente en qué consiste dicha alteración.

Para explicarme y facilitar mi comprensión utilizó EXPLICACIÓN HABLADA y se me dio la oportunidad de hacer preguntas y despejar todas mis dudas.

Igualmente declaro que he recibido de parte del (la) profesional suficiente y adecuada información en términos sencillos y claros acerca de o los procedimiento(s) aconsejable(s) que me propone denominado(s):colecistectomia ; me ha indicado cuál es la naturaleza y objetivo del procedimiento que me propone y también me ha advertido acerca de los riesgos generales propios del procedimiento a realizar.

Entre los riesgos individuales correspondientes a mi caso específico mencionó:infección , sangrado , perforaacion intestinal o biliar , sepsis

Entre las alternativas de tratamiento posibles mencionó:

Las posibles consecuencias de no realizar ningún tratamiento son:

Por considerarme suficientemente informado(a) y haber comprendido el procedimiento que se me propone como aconsejable, manifiesto libremente que consiento la realización del procedimiento referido; la utilización de todos los medios técnico-científicos disponibles y todo lo que el profesional y/ o el grupo quirúrgico de la IPS consideren necesario en caso de llegarse a presentar cualquier tipo de complicación.

También consiento la realización de todo procedimiento, tratamiento o intervenciones adicionales o alternativas que en opinión del grupo médico de esta institución o como consecuencia de eventos adversos o complicaciones sean necesarios y me comprometo a seguir las recomendaciones y el tratamiento ordenado.

En caso de ser menor de edad o con impedimentos para la firma se informa y autoriza el responsable del paciente.

Para constancia se firma en , el 02/05/2022 a las 09:09:06

		
ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	ARANGO BOTERO, GERMAN	Testigo o Responsable Pte
29699419	16993	N° ID: 1.112.231.222

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTESICO

Yo, **ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS**, identificado(a) con documento de identidad N°: **29699419**, por medio del presente documento autorizo al (a) Dr. (a) **HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME** para que me asista con la anestesia en el procedimiento quirúrgico denominado: **COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA**

El (la) Dr. (a) **HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME**, me ha explicado la naturaleza y el propósito del acto anestésico, también me ha informado sobre las posibles alternativas, ventajas, molestias, riesgos y complicaciones. De acuerdo al tipo y sitio de la anestesia los efectos secundarios más frecuentes son náuseas, vómito, vértigo, dolor de cabeza, somnolencia, ronquera, dolor de espalda, dolor de garganta, dolores musculares, hinchazón de tejidos blandos, lesión de labios y/o dientes y hematomas alrededor de las venas o arterias puncionadas, entre otras.

Las complicaciones más graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión de sistema nervioso central y/o periférico, daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, neumonía, sueño o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, infarto del miocardio, trombosis o embolia cerebral y hasta la muerte.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.

Entiendo que en el curso del procedimiento anestésico pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento inicial o llevar a cabo procedimientos adicionales. Por lo tanto autorizo la realización de estos procedimientos, si los médicos lo juzgan necesario.

Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, que todos los espacios en blanco han sido diligenciados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

En caso de ser menor de edad o con impedimentos para la firma, se informa y autoriza el responsable del paciente.

Para constancia se firma en la ciudad de: ., 02/06/2022; 10:52:14

FIRMAS:

<p><i>Rosa Emilia G.</i> <i>+29699419 p.</i></p>	<p><i>Luz Karime Hormaza</i> ANESTESIOLOGA Universidad Austral de Chile REG. No. 20417-24717</p>	
PACIENTE	PROFESIONAL	TESTIGO O RESPONSABLE
ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME	<i>Julieta Castro</i>
29699419	31713284	N° D.I.: <i>1.172.231.222</i>

TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS - CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad: , 02/06/2022

Por medio del presente documento, yo **ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS**, Identificado con el documento de identidad N° **29699419**, manifiesto que he recibido por parte del (la) Doctor (a) **HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME** y/o el grupo de salud de Comfandi, información acerca de la necesidad de recibir una transfusión de sangre y/o de sus componentes con el propósito de mejorar mi estado de salud y tener un apropiado cuidado.

Me han descrito los riesgos y beneficios de recibir dicha transfusión.

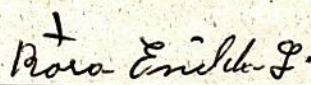

Me han informado que a pesar de los métodos empleados en la detección de posibles complicaciones relacionadas con la transfusión sanguínea y/o sus derivados, estas pueden presentarse y que las más importantes son:

- 1.- Transmisión de enfermedades infecciosas;
- 2.- Reacciones Transfusionales (fiebre, reacciones en la piel, shock anafiláctico) que aparecen mas frecuentemente conforme aumenta el número de transfusiones.
- 3.- Complicaciones locales (En sitio de punción venosa)
4. Otras complicaciones y eventos adversos incluida la muerte.

Se me han explicado las alternativas a la transfusión, los riesgos y consecuencias de no recibirla y he tenido la oportunidad de preguntar y aclarar todas mis dudas al respecto.

Consiento que se me realice la transfusión de sangre y/o hemoderivados.

En caso de ser menor de edad o con impedimentos para la firma se informa y autoriza el responsable del paciente.

	 Luz Karime Hormaza ANESTESIOLOGA Universidad Austral de Chile REG. No. 2017-24717	
ROSA EMILDA GOMEZ CEBALLOS	HORMAZA FIGUEROA, LUZ KARIME	Juliza Castro
29699419	31713284	N° Identidad: 1-112-231-222