

CONSENTIMIENTO INFORMANDO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS Y PROCEDIMIENTOS ESPECIALES
 (OTORGADO EN DESARROLLO DE LA LEY 23 DE 1981)
 (MEDICO PARTICULAR)



NOMBRE DEL PACIENTE: <u>Consuelo Aguirre Palania</u>	ADMISION: <u>308696</u>	FECHA: <u>25-7-17</u>	HORA:
---------------------------------------------------------	----------------------------	--------------------------	-------

1. Por medio de la presente constancia en pleno y normal uso de mis facultades mentales, otorgo en forma libre mi consentimiento al Doctor Dr. Valencia. Para que por su intermedio en ejercicio legal de su profesión como por los demás profesionales de la salud que se requieran y con el curso del personal auxiliar de servicios asistenciales de la Entidad, se me practique la siguiente intervención quirúrgica o procedimiento:

colecistectomía x laparoscopia

2. El Doctor Dr. Valencia queda autorizado para llevar a cabo igualmente la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto (1), si en el curso de la intervención quirúrgica o el procedimiento llegare a presentarse una situación advertida o imprevista que a juicio del médico tratante los haga aconsejables.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa la evaluación que de mi estado de salud ha hecho el Doctor Dr. Valencia con el objeto de identificar mis condiciones clínico-patológicas la advertencia que dicho médico ha hecho con respecto a los riesgos previstos y consecuencias que conlleva la intervención quirúrgica mencionada en los términos con los cuales los ha consignado en la Historia Clínica. Declaro que he recibido amplias explicaciones sobre se alcance, por parte del mismo personal.

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia sea aplicada por parte de un médico anestesiólogo escogido por mi médico o por la Clínica y los autorizo para utilizar el tipo de anestesia que consideren mas aconsejables de acuerdo con mi condición clínico-patológica y el tipo de intervención que requiero. He sido advertido por el Doctor Dr. Romero sobre los riesgos que para mi caso comporta la aplicación de la anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la Historia Clínica y he recibido satisfactorias explicaciones al respecto por parte del mencionado profesional.

5. El Doctor Dr. Valencia queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo, previa la toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuya práctica solicito a mi costa.

6. Declaro que he sido advertido por la Clínica en el sentido de que la práctica de la intervención quirúrgica que requiero compromete una actividad médica de medio, pero no de resultado.

7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mi en su integridad.

NOTA: Cuando el paciente no tiene capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de éste contenidas en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa y en relación con el mismo.

Consuelo Aguirre
 Firma del Paciente
 C.C. No. 31154070

Diana Lorena Laborde A.
 Firma del Responsable del Paciente
 C.C. No. 1113647491



CLINICA PALMIRA SA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

Ordenado por el artículo 13 de la ley 23/81 y por los derechos del paciente

1. Yo Consuelo Aguirre identificado con CC 31.158.070

por la presente autorizo a los médicos anestesiólogos de Clínica Palmira para realizar el acto anestésico

adecuado para el procedimiento que se va a efectuar en mi persona o en _____
_____ quien es menor de edad (____) o adulto con incapacidad para tomar
decisiones

ROMERO WILBER PAUL

2. El doctor(es) _____ me ha(n) explicado la naturaleza y propósito del
procedimiento anestésico en mi o en mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones.

3. Certifico que el medico me ha preguntado y le he respondido con la verdad sobre mis enfermedades, tos, gripa, cirugías y
anestesis anteriores, alergias posibles del embarazo, drogas que no tomo actualmente incluyendo cigarrillo, alcohol, o drogas
prohibidas, exámenes de laboratorio, hora de la ultima comida. De igual manera, seguiré sus recomendaciones sobre ayuno,
reposo, drogas que me formule y otras indicaciones.

4. Los efectos secundarios más frecuentes de la anestesia son: nauseas, vomito, mareo, somnolencia, dolor de cabeza, ronquera,
dolor de garganta, dolores musculares, dolor de espalda, inflamación de tejidos blandos, lesión de labios, y/o dientes, infecciones
de la piel o sitios de inyección, hematomas, dolor en las venas o arterias puncionadas u otras.

5. Las complicaciones más graves son poco frecuentes, incluyen lesión del sistema nervioso central, de nervios periféricos, daños
de ojos, daños de las cuerdas vocales o de la traquea, neumonía sueños o recuerdos intraoperatorios, alergias, y reacciones
adversas a las drogas, quemaduras, infarto de miocardio, trombosis, o embolia pulmonar y hasta la muerte.

6. El procedimiento que se va a realizar es para el tratamiento o para hacer un diagnostico y consiste en:

Colelap

7. Entiendo que durante el curso de la anestesia puede presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar el
procedimiento anestésico y/o llevar acabo actos médicos adicionales por lo tanto, autorizo la realización de estos procedimientos
si resultan necesarios. En estos casos, el médico también obrara en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad o la de mi
acudido como prioridad.

8. El (los) médicos me han dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas en forma satisfactoria.

9. Manifiesto que he leído y comprendido todo lo anterior que no hay espacios en blanco o que han sido completados antes de mi
firma y que me encuentro en capacidad mental y física de autorizar libremente y sin problema el presente consentimiento.

Consuelo
Firma del paciente o persona responsable

Firma de testigo

CC: 31158070
19 JULIO 2017

PALMIRA / VALLE

Firma del anestesiólogo

Ciudad y fecha