



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha Actual : viernes, 17 junio 2022

Nº218013

Información General

Fecha Documento: 24/marzo/2022 04:47 p. m.
Historia Clínica: 1064430735 Ingreso: 1640976
Información Paciente: LAURA JULLIZA FLOREZ CHAVACO Tipo Paciente: Subsidiado Sexo: Femenino
Tipo Documento: Tarjeta_de_Identidad Edad: 14 Años / 6 Meses / 25 Días F. Nacimiento: 22/11/2007
E.P.S.: EPSI03 ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA
Entidad:
Médico: 1130605613 ANA MARIA FERNANDEZ VARGAS

Consentimiento Informado para Procedimientos Médico Quirúrgicos

(Otorgado en cumplimiento del artículo 15 de la Ley 23 de 1981)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PROFESIONAL QUE PRACTICA EL PROCEDIMIENTO	ANA MARIA FERNANDEZ VARGAS	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	LAURA JULLIZA FLOREZ CHAVACO	
HISTORIA CLINICA No	1064430735	
TIPO DE INTERVENCIÓN	Intervencion_Quirurgica	
PROCEDIMIENTO	LIBERACIÓN CAMPTODACTILIA MENIQUE IZQUEIRDO	
ASPECTOS DEL PROCEDIMIENTO	VER DOCUMENTO	
TIPO DE PREPARACIÓN	AYUNO	
TIEMPO QUIRÚRGICO	2 HORAS	
REQUERIMIENTOS ESPECIALES	NINGUNIO	
TIPO DE ANESTESIA QUE EL PROCEDIMIENTO REQUIERE	General	
CALIDAD CON LA QUE SE OTORGA ESTE CONSENTIMIENTO	Tipo de Autorización:	
	Paciente	
	Nombre:	LAURA JULLIZA FLOREZ CHAVACO

Detalle del Consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRAUMATOLOGÍA

INDICACIÓN: La información que le vamos a suministrar a continuación está relacionada con su estado de salud y los posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos que puede recibir.

Profesional: FERNANDEZ VARGAS ANA MARIA
Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Registro Médico: 1906793

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]

Nombre reporte : INRPRemisionEntrada

Página 1/3

Usuario: 1087006750



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha Actual : viernes, 17 junio 2022

Usted tiene un: CAMPTODACTILIA MEÑIQUE IZQUIERDO

INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO:

La cirugía a realizar consiste en hacer una: LIBERACIÓN CAMPTODACTILIA MEÑIQUE IZQUEIRDO

RIESGOS DE LA INTERVENCIÓN.

Como riesgos el paciente puede presentar:

Cicatrices no estéticas, infección, fractura asociada, lesión nerviosa, lesión vascular, hemorragia, trombosis venosa, embolismo graso, reintervenciones. Además de presentar rigidez articular, calcificaciones en los tejidos que rodean las articulaciones, necrosis cutánea, pérdida de la movilidad articular, síndromes dolorosos, reacciones adversas a los medicamentos utilizados y riesgos anestésicos.

En todos los casos, el Hospital hace todos los esfuerzos para la reducción de los riesgos propios del procedimiento y dispone de los medios para el manejo de las complicaciones que llegaran a presentarse.

OBTENCIÓN DE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE

Declaro que me han explicado y he comprendido satisfactoriamente mi estado de salud y los posibles procedimientos diagnósticos o terapéuticos para mi atención. También manifiesto que me han sido aclaradas todas mis dudas y me han explicado los posibles riesgos y complicaciones con el procedimiento que he elegido y acepto.

Entiendo que en algunas ocasiones en el Momento de la Cirugía es posible que se tengan que cambiar los procedimientos que se habían planificado en busca de una mejor resultado para mi como paciente.

Doy mi consentimiento para que me efectúen el procedimiento descrito anteriormente y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Riesgos

VER DOCUMENTO

Popayán, 24 de marzo

Año: 2022

Hora: 04:43 p. m.

Nombre o Firma del paciente o persona
que otorga el consentimiento.

C.C. 10 721 402

Nombre o firma del medico

R.M. No.

C.C.

Profesional: FERNANDEZ VARGAS ANA MARIA

Especialidad: ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Registro Médico: 1906793

LICENCIADO A: [HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.] NIT [891501676-1]



REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA

Nuestros valores: Diligencia, innovación,
compromiso, justicia, honestidad,
respeto



Hospital Susana López de
Valencia E.S.E.
Nit: 891501676-1
SLV-GC-01-F-01

SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA
(En cumplimiento de la Ley 23 de 1.981)

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE DEL PACIENTE		No. DE IDENTIFICACIÓN O HISTORIA CLÍNICA	
Laura Julliza Alerez Chavaco.		1064430735	
EDAD	14	FECHA	31-05-22
HORA			
NOMBRE TÉCNICO DEL PROCEDIMIENTO QUE SE VA A REALIZAR			
liberación (ampolletas) izquierda			
TÉCNICA ANESTÉSICA			
Regional			

B. DECLARACIÓN DEL PACIENTE

1. Se me ha explicado en forma clara; lenguaje sencillo todo lo que a continuación se detalla en lenguaje técnico. He comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de la técnica anestésica, así como la posibilidad de cambio de técnica durante el mismo procedimiento quirúrgico si fuese estrictamente necesario. Se me ha dado la oportunidad de aclarar todas mis dudas.

Entiendo que el Anestesiólogo empleará todos los medios de su alcance buscando seguridad para mí durante el acto anestésico. Sin embargo soy consciente que no existen garantías absolutas de resultados con la anestesia seleccionada y se me han explicado los posibles riesgos relacionados con su administración.

Descripción del procedimiento y riesgos:

Técnica general y sedación: Es una técnica anestésica en la que el paciente no está consciente durante su procedimiento quirúrgico, y es aplicada a través de medicamentos por vía endovenosa y/o por vía inhalatoria.

Los riesgos y las complicaciones de esta técnica, de la instrumentación y manejo de la vía aérea son: tos, ronquera, laringoespasma, broncoespasmo, efectos colaterales de medicamentos, hipotermia, hipertemia, alteraciones cognoscitivas y psicomotoras, arritmias convulsiones, recuerdos intraoperatorios, lesiones oculares o dentales, paro cardiorespiratorio y muerte.

Técnica conductiva neuroaxial: Es la técnica anestésica en la que por medio de una punción en la región de la columna, se alcanza el espacio epidural o raquídeo inyectándose el anestésico. Esto producirá anestesia del sitio quirúrgico.

Los riesgos y las complicaciones de esta técnica son: hematoma absceso epidural, lesión neurológica temporal o definitiva, cefalea, lumbalgia, síntomas neurológicos transitorios, toxicidad de anestésicos locales y agentes aditivos, paro cardiorespiratorio y muerte.

Bloqueos regionales: Esta técnica pretende dar anestesia localizada en el sitio de la cirugía, poniendo una inyección en el plexo nervioso más cercano, esto producirá una pérdida de la fuerza muscular y de la sensibilidad en la extremidad a bloquear.

Los riesgos y las complicaciones de esta técnica son: toxicidad, lesión neurológica, complicaciones sistémicas y vasculares, dolor limitación funcional, paro cardiorespiratorio y muerte.

También se me han explicado los riesgos relacionados con las enfermedades preexistentes y su incidencia en el resultado final.

Se me advierte que hay otros riesgos imprevisibles como reacciones alérgicas y/o idiosincráticas a medicamentos, productos sanguíneos y/o elementos de monitoria.





REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DEL CAUCA

Nuestros valores: Diligencia, innovación,
compromiso, justicia, honestidad,
respeto



Hospital Susana López de
Valencia E.S.E.
Nit: 891501676-1
SLV-GC-01-F-01

2. Doy mi testimonio para que se efectuó el procedimiento descrito arriba, los procedimientos complementarios que sean necesarios durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo llevan a cabo.
3. Doy mi consentimiento para que se me administre la anestesia señalada arriba, así como las medidas complementarias que se estimen oportunas.
4. Entiendo que en caso de no aceptar el tratamiento aquí propuesto puedo continuar recibiendo atención médica en esta institución.

Se me informo que tengo derecho a recibir apoyo emocional y espiritual, así mismo se me informó que si requiero información adicional, el médico tratante está disponible y puedo solicitar ampliar dudas sobre el manejo y conductas tomadas.

C. DECLARACIONES Y FIRMAS

	10294696
Firma del Anestesiólogo responsable de la Consulta Pre - anestésica	Documento de identidad
	10299822
Firma del Anestesiólogo responsable del Procedimiento Anestésico	Documento de identidad
Firma del Paciente	Documento de identidad

Sé que el paciente: Leiva Juliana Pérez Chavaco

Ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por si mismo la decisión de aceptar o rechazar la técnica anestésica arriba anotada. El anestesiólogo me ha explicado de forma satisfactoria que es, como se administra y para qué sirve este acto anestésico, también me han detallado sus riesgos y potenciales complicaciones. He comprendido todo lo anterior perfectamente, y por ello, Yo Gersaín Flórez Aranda con documento de identidad 10 721902 doy mi consentimiento para la realización del mismo.

<u>Gersaín Flórez Aranda</u>		<u>papá</u>
Número del Familiar o Tutor	Firma	Parentesco

D. DISENTIMIENTO Y FIRMAS

De manera libre y voluntaria, decido no someterme al procedimiento anestésico propuesto o no continuar y revocar el consentimiento ya otorgado y asumir las consecuencias previstas e imprevistas, informadas y explicadas por el Profesional de Salud. De esta manera se exonera de toda responsabilidad ética, disciplinaria, civil y/o penal a la institución y profesionales tratantes.

Firma del Paciente	Documento de identidad





Misión: Prestamos la mejor atención en salud, en la diversidad
y con responsabilidad social



SLV-AS-51-F02

LISTA DE CHEQUEO QUIRÚRGICA INTEGRAL

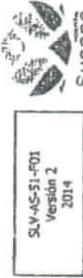
FECHA: 17-06-22 HISTORIA CLÍNICA: 1064430935 INGRESO: 1672828
 NOMBRES Y APELLIDOS: Laura Julián Flores Chaves PROCESO: Urgencia Hospitalización Ambulatoria
 PROCEDIMIENTO: _____ Lateralidad: Der Iza NA: _____

Valoración Preanestésica	SI	NO	NA	OBSERVACIONES	RESPONSABLE
Esta correctamente diligenciado el Consentimiento informado de cirugía.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Esta correctamente diligenciado Consentimiento informado de anestesia.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se confirmó reserva de sangre, valoraciones por especialistas realizadas, exámenes adicionales realizados, radiografías, etc. Otro: _____	<input checked="" type="checkbox"/>				
Recibió información completa sobre la preparación prequirúrgica.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Los materiales requeridos para la cirugía están completos: (mallas, agujas, material de osteosíntesis. Otro: _____)	<input checked="" type="checkbox"/>				
Admisión de cirugía					
Se realiza identificación cruzada con paciente, manilla e historia clínica.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se verifica procedimiento quirúrgico y diagnóstico correcto.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se verifica Rx, reserva de sangre, laboratorios realizados.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se verifica que el paciente comprendió la información contenida en el consentimiento informado (procedimientos, riesgos y complicaciones)	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se verifica lado a operar y se hace demarcación con un "si".	<input checked="" type="checkbox"/>			5to dedo mano izquierda	
Se interroga sobre antecedentes de salud (Alergias, diabetes, HTA, convulsiones, otros).	<input checked="" type="checkbox"/>			NO conocida	
Corroborar la ausencia de Signos y síntomas de infección o alteraciones de salud actuales.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Interroga sobre la Preparación completa para la cirugía: higiene, uñas cortas, limpias y sin esmalte, rasurado, retiro de prótesis y de joyas, ayuno, venopunción. Otro: _____	<input checked="" type="checkbox"/>			refiere un mal olor a 8 horas	
Interroga sobre preparación previa del área a operar con isodine espuma.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Aplique la escala de riesgos, identifique y marque en la manilla de identificación.	<input checked="" type="checkbox"/>			AMB	
Se indica al paciente que elimine y que se lave las manos con agua y jabón.	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se verifica que el paciente se lava las manos con agua y jabón	<input checked="" type="checkbox"/>				
Se verifica la frecuencia cardíaca fetal antes de trasladar a quirófano	<input checked="" type="checkbox"/>				
Egreso seguro					
La paciente obstétrica cuenta con la lista de chequeo de puerperio	<input checked="" type="checkbox"/>				
La Paciente recibe órdenes para cita de control, exámenes, rx, incapacidad etc.	<input checked="" type="checkbox"/>			control a 80 días	
Comprendió la información recibida sobre horario de medicamentos, cuidados con la herida, curaciones y signos de alarma y donde consultar.	<input checked="" type="checkbox"/>			Acetaminofen c/silord	
Comprendió la información recibida sobre baño e higiene, actividad, ejercicio, etc.	<input checked="" type="checkbox"/>			NO de faja NO con	
Recibió el folleto sobre cuidados en casa y corrobora entendimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>			incapacidad	
Le entregaron sus pertenencias completas.	<input checked="" type="checkbox"/>				



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Política de seguridad del paciente



SUSANA

Nombre y Apellidos del paciente: Laura deliz Flores Chavez Identificación: 1064430735 Fecha: 1-06-22
Procedimiento: Subaralosa laparoscópica metrique l2 queda

<p>Antes de la inducción de la Anestesia (Con el enfermero, instrumentador y el anestesiólogo, como mínimo)</p> <p>Confirmando el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimiento <input checked="" type="checkbox"/> Consentimiento para el procedimiento <input checked="" type="checkbox"/> Consentimiento para la anestesia <p>Se ha marcado el sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Aplica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Se verifica acceso intravenoso adecuado y líquidos necesarios</p> <p>Anestesiología <input checked="" type="checkbox"/> comprueba el funcionamiento de: <input type="checkbox"/> Los equipos de anestesia <input checked="" type="checkbox"/> Disponibilidad de medicación</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Se coloca el pulsoxímetro al paciente y funciona</p> <p>Tiene el paciente Alergias conocidas <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Vía Aérea Difícil/ Riesgo de aspiración No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/></p> <p>Riesgo de hemorragia 500 ml (7ml/kg en niños) <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> Se confirma la disponibilidad de líquidos y vía IV o central permeable.</p>	<p>Antes de la incisión cutánea (Equipo Quirúrgico)</p> <p>Todos los miembros del equipo se presentan por su nombre y función:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Cirujano <input type="checkbox"/> Anestesiólogo <input type="checkbox"/> Instrumentador <input checked="" type="checkbox"/> Circulante <input type="checkbox"/> Ayudante <p>Cirujano, anestesiólogo y enfermero confirman del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Identidad <input type="checkbox"/> Sitio / lado quirúrgico <input type="checkbox"/> Procedimiento <p><input checked="" type="checkbox"/> Se confirma la aplicación de profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos</p> <p>Previsión de eventos críticos El cirujano informa al equipo quirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Los pasos críticos <input type="checkbox"/> Cuánto durará la intervención <input type="checkbox"/> Cuál es la pérdida de sangre prevista</p> <p>Anestesiólogo informa al equipo quirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Presencia o ausencia de problemas específicos</p> <p>Instrumentador: <input type="checkbox"/> Verificó disponibilidad y funcionamiento del instrumental, equipos, Balas de CO₂- Nitrógeno. <input checked="" type="checkbox"/> Confirmó la esterilidad de equipos e insumos. (Con resultados de indicadores)</p> <p>Circulante <input checked="" type="checkbox"/> Verifica estado de electrobisturí y aspirador. Acondiciona los elementos para la adaptación neonatal: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No Aplica</p> <p>El Cirujano visualiza las imágenes diagnósticas esenciales <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Aplica</p>	<p>Antes de que el paciente salga del quirófano (Con el enfermero, el anestesiólogo, instrumentador y el cirujano)</p> <p>El instrumentador confirma con el equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> El procedimiento realizado. <input checked="" type="checkbox"/> El recuento correcto de compresas, instrumental, gases y agujas. <input type="checkbox"/> El cumplimiento del protocolo de recolección y rotulado de muestras. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Aplica <p>Cirujano, anestesiólogo y circulante informa: <input type="checkbox"/> Cuales son los aspectos críticos de la recuperación y atención del paciente.</p> <p>Equipo quirúrgico</p> <p>Firmas</p> <p>Cirujano <u>[Firma]</u></p> <p>Anestesiólogo <u>[Firma]</u></p> <p>Instrumentador <u>Angie Galdames</u></p> <p>Circulante <u>[Firma]</u></p> <p>Ayudante <u>[Firma]</u></p>
---	---	---