



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: QCA-FR-268

Formato: Consentimiento Informado para Laparoscopia Operatoria

Fecha: 31/Marzo/2015

Yo Nelly Silva identificada con cédula de ciudadanía número CC. 31465.508 autorizo al **GRUPO DE CIRUJANOS Y AYUDANTES** designados por mi EPS y en su representación al Cirujano encargado de mi caso: DR.(A) José Cuervo para que me realicen la cirugía por vía

LAPAROSCOPICA.

Entiendo que tengo un diagnóstico o sospecha clínica de (tipo de enfermedad): Cáncer y que sólo la exploración quirúrgica y el examen histopatológico (biopsia), ayudarán a confirmar el diagnóstico.

Me han explicado que la **LAPAROSCOPIA OPERATORIA** consiste en efectuar pequeñas incisiones en la pared abdominal para introducir una cámara y el instrumental necesario con el fin de realizar diversos procedimientos que incluyen: resección de tumores, resección de órganos enfermos, colocación de mallas para corrección de hernias, colocación de sondas para alimentación, liberación de adherencias intestinales, etc. Durante cualquier cirugía laparoscópica puede ser necesario realizar conversión a cirugía abierta, requiriendo una incisión del tamaño necesario para tratar la enfermedad. Bajo algunas circunstancias especiales y en beneficio del paciente, el cirujano puede definir no realizar ningún procedimiento.

Esta cirugía no garantiza totalmente la identificación y/o desaparición del problema, ni evita que en un futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la Medicina y Cirugía no son una ciencia exacta y sus resultados dependen de muchos factores, incluyendo la respuesta individual de cada paciente.

Entiendo que en **TODA** intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables, que pueden incluso requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a las suturas), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), infecciones con posible evolución febril (urinarias, neumonías, de la piel, abscesos, peritonitis), perforaciones involuntarias de órganos vecinos (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos), hernias abdominales, adherencias y obstrucción intestinal secundaria. En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede incluso presentarse paro cardíaco, respiratorio y muerte. En casos de LAPAROSCOPIA OPERATORIA se pueden presentar los siguientes riesgos adicionales:

Sangrado, Infección, Fiebre, Shock, Muerte.

La(s) pieza(s) extirpada(s) será(n) sometida(s) a estudios anatomopatológicos (biopsias o estudios detallados con el microscopio en el laboratorio); me comprometo a reclamar su resultado final en el laboratorio de patología y llevarlo al CIRUJANO ENCARGADO para ser evaluado.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conlleva el procedimiento. Dando fe en y en constancia de lo anterior, mi acudiente y yo firmamos a continuación.

FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE
Nelly Silva (Madre)

FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO

FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE

[Handwritten signature and stamp of José Cuervo]
José Cuervo
Código de Registro
CC-74472

000006



NOMBRE PACIENTE: CRISTIAN DAVID HERNANDEZ SILVA
DOCUMENTO: 1192804736 FECHA INGRESO: VII-22/19
EDAD: 17 ENTIDAD: COMUEVA SERVICIO: UCI

Estimado Usuario, el presente documento tiene por objeto informar e instruir a usted y/o sus familiares medidas que contribuyen a prevenir incidentes o eventos adversos que se derivan de la atención.

**RECOMENDACIONES QUE DEBE TENER EN CUENTA DURANTE SU ESTANCIA EN LA CLINICA
NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS.**

SEGURIDAD EN PREVENCIÓN DE CAÍDAS:

- Al levantarse de la cama, independientemente del motivo, solicite siempre ayuda al personal de enfermería, presionando el timbre de llamado.
- Espere a que alguien acuda, pues levantarse después de estar en cama o de tomar medicamentos puede provocar mareos.
- Mantenga sus objetos personales como anteojos, teléfono, pañuelo de papel u otros objetos al alcance de su mano. Utilice el botón de llamada cuando necesite ayuda, en especial cuando no pueda alcanzar cualquier elemento que necesite.
- Utilice pantuflas cerradas idealmente con antideslizantes.
- Mantenga siempre la cama a una altura mínima y las barandas arriba.
- Es **importante la presencia de un acompañante** o familiar durante TODA su hospitalización (excepto UCI) quien debe asegurar de igual manera el cuidado del paciente siguiendo las recomendaciones del personal asistencial.

En la Clínica Nuestra Señora de los Remedios se evalúa diariamente el riesgo de caída de todos los pacientes hospitalizados. Si usted está en riesgo, será informado de su condición e instruido por la enfermera del turno respecto a los pasos a seguir para evitar caídas, la necesidad de que permanezca inmovilizado para prevenir tanto caída como el retiro de cualquier dispositivo médico requerido para su manejo.

SEGURIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

- Tome medicamentos administrados sólo por el personal de enfermería.
- No se auto medique. Todo tratamiento de uso habitual debe ser informado a su médico tratante y ser entregado al personal de enfermería si está indicada su administración.
- Al ingreso a las instalaciones informe si tiene antecedentes de alergias, si presenta malestar después de la administración de algún medicamento informe de manera inmediata.

SEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

Una úlcera por presión (También conocida como "escaras" o "llagas por presión continua") es provocada por permanecer en una posición fija durante un tiempo prolongado.

A continuación, detallamos algunas formas para ayudar a prevenir las úlceras por presión:

- Cambie de posición al menos cada 2 horas. El cambio de posición disminuye la presión y permite que la sangre circule más libremente. Solicite Educación y apoyo del personal de enfermería.
- Levántese y camine, siempre y cuando su médico lo haya autorizado.
- Mantenga su piel limpia y seca. La humedad debilita la piel y provoca que las úlceras por presión ocurran con más facilidad.

000907



SEGURIDAD PARA LA PREVENCIÓN DE RETIRO ACCIDENTAL DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

En algunas ocasiones y según la condición clínica será necesario que le sea instalada algún tipo de dispositivo invasivo como: sonda, tubos, dren y/o acceso venoso los cuales facilitan la atención médica, dichos dispositivos requieren de su cuidado al movilizarse por eso recomendamos:

- Si es un paciente agitado garantizar el acompañamiento de un familiar TODO el tiempo para vigilar de manera continua el no retiro accidental, **en lo posible mantener el paciente inmovilizado.**
- Si es un paciente consciente tener precaución con cada movimiento, pero sobre todo al ir al baño hacerlo en compañía de personal asistencial.
- Ante cualquier duda sobre su utilidad preguntar antes de retirarlo de manera autónoma.

IDENTIFICACIÓN DE USUARIOS

La Clínica Nuestra Señora de los Remedios, fomenta la seguridad del paciente, para lo cual ha implementado la manilla de seguridad como identificación, con el fin de garantizar la correcta verificación de datos del usuario antes, durante y después de cualquier procedimiento.

Usted como Usuario responsable debe garantizar la permanencia de la manilla de identificación en la mano dominante, e informar al personal cualquier anomalía identificada en ella o la falta de la misma.

TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO

La toma de muestras de Laboratorio se realiza bajo técnica séptica. Estas muestras pueden ser de: sangre, orina U secreciones de cualquier parte de cuerpo.

En la toma de muestras sanguínea puede producirse un mínimo hematoma, inflamación, enrojecimiento, y/o dolor en la zona de punción. El resto de las muestras recogidas como: orina espontánea, esputo, heces) no presentan riesgos. la **Toma de Muestras con Espéculo:** Tiene Riesgos asociados al procedimiento como: 1. Efectos dolor leve o transitorio al introducir el espéculo 2. Sangrado Genital (esporádico) este sangrado normalmente desaparece al día siguiente de la toma. **La toma de Muestras de Orina Con Sonda,** son realizadas por personal profesional, este procedimiento no genera dolor alguno, pero puede producir malestar durante la toma.

Tomó conocimiento y me comprometo a cumplir con las normas establecidas en este documento, al no hacerlo, asumo la responsabilidad.

Firma Paciente

Firma Acompañante

CC:

CC:

Personal Asistencial que brinda la información

Adolfo Cordero

000008



CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: QCA-FR-272

Formato: Consentimiento Informado Especial para Ingresar al Plan de Lavados Abdominales Secuenciales en Pacientes con Sepsis Abdominal, Peritonitis o Abdomen Abierto

Fecha: 31/Marzo/2015

Nombre Cristian David Hdez Silva identificación _____ del paciente
 Nombre e identificación del acudiente principal que autoriza los procedimientos planteados
Nelly Silva parentesco Madre

Me han explicado que la SEPSIS ABDOMINAL Y/O PERTIONITIS AGUDA, diagnóstico que se registra y consta en la historia clínica del paciente, es una grave y mortal enfermedad infecciosa que afecta los órganos abdominales. Consiste en la presencia de pus, líquido intestinal, bilis o materia fecal dentro de la cavidad abdominal. Además del uso de antibióticos y medicamentos especializados ya formulados, el tratamiento primordial en este tipo de afecciones es realizar un estricto PLAN DE LAVADOS Y LIMPIEZAS ABDOMINALES con el fin de controlar la infección y la septicemia. El número de procedimientos a realizar y la frecuencia es variable y depende de la respuesta clínica del paciente.

Por lo tanto autorizo al **GRUPO DE CIRUJANOS, AYUDATES Y ANESTESIOLOGOS DE LA INSTITUCIÓN** para que efectúen en mi familiar el **PLAN DE LAVADOS ABDOMINALES CADA VEZ QUE LO CONSIDEREN PERTINENTE**, todo lo anterior en estricto beneficio para la salud y bienestar del paciente.

Entiendo que en **TODA** intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables, que pueden incluso requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a la sutura), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), infecciones con posible evolución febril (urinarias, neumonías, de la piel, abscesos), perforaciones involuntarias de órganos vecinos (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos), hernias abdominales, adherencias y obstrucción intestinal secundaria, fistulas enterocutáneas (o salida de líquido intestinal o bilis por la piel, la herida o los drenes).

En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede incluso presentarse paro cardíaco, respiratorio y muerte.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conllevan los procedimientos. Dando fe y en constancia de lo anterior, firmamos a continuación.

FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE SI ESTÁ EN CONDICIONES

Nelly Silva

FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE

FIRMA Y REGISTRO DEL MEDICO

000009

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	Código: QCA-FR-266
Formato: Consentimiento Informado Para Laparotomía Exploradora	Fecha: 31/Marzo/2015

Yo Guillermo Hernández identificado con cédula de ciudadanía número 991644569 autorizo al **GRUPO DE CIRUJANOS Y AYUDANTES** designados por mi EPS y en su representación al Cirujano encargado de mi caso: DR(A) María Belén Fregoso para que me realicen la cirugía **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA**.

Entiendo que tengo un diagnóstico o sospecha clínica de (tipo de enfermedad): Abdomen Abierto y que sólo la exploración quirúrgica y el examen histopatológico (biopsia), ayudarán a confirmar el diagnóstico.

Me han explicado que la **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA** consiste en efectuar una incisión o herida en la piel del tamaño necesario, a nivel de la parte anterior del abdomen, por encima y por debajo del ombligo, con el fin de exponer y explorar los órganos internos en búsqueda de enfermedad. Según los hallazgos se definirán las conductas a seguir, que pueden incluir resección de órganos, suturas, biopsias, colostomías o ileostomías (extraer una porción del intestino a través de la piel del abdomen, para defecar temporal o definitivamente según el caso). Bajo algunas circunstancias y en beneficio del paciente, el cirujano puede definir no realizar ningún procedimiento. Esta cirugía no garantiza totalmente la identificación y/o desaparición del problema, ni evita que en un futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la Medicina y Cirugía no son una ciencia exacta y sus resultados dependen de muchos factores, incluyendo la respuesta individual de cada paciente.

Entiendo que en **TODA** intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables, que pueden incluso requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a las suturas), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), infecciones con posible evolución febril (urinarias, neumonías, de la piel, abscesos, peritonitis), perforaciones involuntarias de órganos vecinos (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos), hernias abdominales, adherencias y obstrucción intestinal secundaria, fistulas enterocutáneas (o salida de líquido intestinal por la piel, la herida o los drenes). En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede incluso presentarse paro cardíaco, respiratorio y muerte. En casos de **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA** se pueden presentar los siguientes riesgos adicionales:

Sangrado, Infección, Fístula, Perforación de Aza

Si es necesario extirpar piezas serán sometidas a estudio anatomopatológico (biopsias o estudios detallados con el microscopio en el laboratorio); me comprometo a reclamar su resultado final en el laboratorio de patología y llevarlo al CIRUJANO ENCARGADO para ser evaluado.

Manifiesto que estoy satisfecho(a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conlleva el procedimiento. Dando fe y en constancia de lo anterior, mi acudiente y yo firmamos a continuación.

[Firma]
FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE

[Firma] 64358
Mónica Perera
FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO

FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE

PTF

CRISTIAN DAVID HERNANDEZ SILVA

000010

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	Código: QCA-FR-266
Formato: Consentimiento Informado Para Laparotomía Exploradora	Fecha: 31/Marzo/2015

Yo Nelly Silva identificado con cédula de ciudadanía número 31465.508 autorizo al **GRUPO DE CIRUJANOS Y AYUDANTES** designados por mi EPS y en su representación al Cirujano encargado de mi caso: **DR(A)** para que me realicen la cirugía **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA.**

Entiendo que tengo un diagnóstico o sospecha clínica de (tipo de enfermedad): Ases abdominal y que sólo la exploración quirúrgica y el examen histopatológico (biopsia), ayudarán a confirmar el diagnóstico.

Me han explicado que la **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA** consiste en efectuar una incisión o herida en la piel del tamaño necesario, a nivel de la parte anterior del abdomen, por encima y por debajo del ombligo, con el fin de exponer y explorar los órganos internos en búsqueda de enfermedad. Según los hallazgos se definirán las conductas a seguir, que pueden incluir resección de órganos, suturas, biopsias, colostomías o ileostomías (extraer una porción del intestino a través de la piel del abdomen, para defecar temporal o definitivamente según el caso). Bajo algunas circunstancias y en beneficio del paciente, el cirujano puede definir no realizar ningún procedimiento. Esta cirugía no garantiza totalmente la identificación y/o desaparición del problema, ni evita que en un futuro sean necesarias nuevas intervenciones para solucionar problemas residuales o complicaciones. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la Medicina y Cirugía no son una ciencia exacta y sus resultados dependen de muchos factores, incluyendo la respuesta individual de cada paciente.

Entiendo que en **TODA** intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables, que pueden incluso requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a las suturas), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), infecciones con posible evolución febril (urinarias, neumonías, de la piel, abscesos, peritonitis), perforaciones involuntarias de órganos vecinos (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos), hernias abdominales, adherencias y obstrucción intestinal secundaria, fístulas enterocutáneas (o salida de líquido intestinal por la piel, la herida o los drenes). En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede incluso presentarse paro cardíaco, respiratorio y muerte. En casos de **LAPAROTOMÍA EXPLORADORA** se pueden presentar los siguientes riesgos adicionales:

Si es necesario extirpar piezas serán sometidas a estudio anatomopatológico (biopsias o estudios detallados con el microscopio en el laboratorio); me comprometo a reclamar su resultado final en el laboratorio de patología y llevarlo al CIRUJANO ENCARGADO para ser evaluado.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conlleva el procedimiento. Dando fe y en constancia de lo anterior, mi acudiente y yo firmamos a continuación.

Nelly Silva (Madre)
FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE

[Firma]
FIRMA Y REGISTRO DEL MÉDICO

FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE

Cristhian David Hernandez Silva, (Paciente)

000011



CLÍNICA NUESTRA
SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: QCA-FR-272

Formato: Consentimiento Informado Especial para Ingresar al Plan de Lavados Abdominales Secuenciales en Pacientes con Sepsis Abdominal, Peritonitis o Abdomen-Abierto

Fecha: 31/Marzo/2015

Nombre Criston e identificación del paciente
David Hernandez Silva 1192804736
Nombre e identificación del acudiente principal que autoriza los procedimientos planteados
Nelly Silva parentesco MADRE

Me han explicado que la SEPSIS ABDOMINAL Y/O PERITONITIS AGUDA, diagnóstico que se registra y consta en la historia clínica del paciente, es una grave y mortal enfermedad infecciosa que afecta los órganos abdominales. Consiste en la presencia de pus, líquido intestinal, bilis o materia fecal dentro de la cavidad abdominal. Además del uso de antibióticos y medicamentos especializados ya formulados, el tratamiento primordial en este tipo de afecciones es realizar un estricto PLAN DE LAVADOS Y LIMPIEZAS ABDOMINALES con el fin de controlar la infección y la septicemia. El número de procedimientos a realizar y la frecuencia es variable y depende de la respuesta clínica del paciente.

Por lo tanto autorizo al **GRUPO DE CIRUJANOS, AYUDANTES Y ANESTESIOLOGOS DE LA INSTITUCIÓN** para que efectúen en mi familiar el **PLAN DE LAVADOS ABDOMINALES CADA VEZ QUE LO CONSIDEREN PERTINENTE**, todo lo anterior en estricto beneficio para la salud y bienestar del paciente.

Entiendo que en **TODA** intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables, que pueden incluso requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a la sutura), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), infecciones con posible evolución febril (urinarias, neumonías, de la piel, abscesos), perforaciones involuntarias de órganos vecinos (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos), hernias abdominales, adherencias y obstrucción intestinal secundaria, fístulas enterocutáneas (o salida de líquido intestinal o bilis por la piel, la herida o los drenes).

En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede incluso presentarse paro cardíaco, respiratorio y muerte.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conllevan los procedimientos. Dando fe y en constancia de lo anterior, firmamos a continuación.

FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE SI ESTÁ EN CONDICIONES

Nelly Silva

FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE

31.465.508.

FIRMA Y REGISTRO DEL MEDICO

Dr. Pedro D. Hurtado R.
Código: QCA-FR-272

3-31/2015

000012



CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS

Código: QCA-FR-278

Formato: Consentimiento Informado para Toracostomía (Tubo de Tórax)

Fecha: 31/Marzo/2015

Yo Lina Marcela Solís identificado con cédula de ciudadanía número 1.114.818.594 autorizo al GRUPO DE CIRUJANOS Y AYUDANTES designados por mi EPS y en su representación al Cirujano encargado de mi caso: DR.(A) _____ para que me realicen la cirugía: TORACOSTOMÍA (COLOCACIÓN DE TUBO EN EL TÓRAX).

Entiendo que tengo un diagnóstico de (tipo de enfermedad): Neumotórax, por ende debo someterme a la colocación de un tubo o sonda en el tórax.

Me han informado que la COLOCACIÓN DE UN TUBO EN EL TÓRAX consiste en efectuar una incisión o herida, generalmente pequeña, en la parte lateral del tórax afectado, para introducir una sonda y drenar o extraer: Pus, sangre, aire, líquido, etc. En pacientes que han recibido heridas por arma de fuego o cortante, la presencia de sangre muy abundante indica la necesidad de abrir TODO el tórax de urgencias, para controlar la situación. Procedimiento denominado TORACOTOMÍA DE URGENCIAS, por ende en caso de ser necesario, autorizo también su realización. Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la Medicina y Cirugía no son una ciencia exacta y sus resultados dependen de muchos factores, incluyendo la respuesta individual de cada paciente

Entiendo que en TODA intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables, que pueden incluso requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a las suturas), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), inflamación o infección de la cavidad torácica, lesión accidental e involuntaria de estructuras cercanas (venas, arterias, nervios, pulmón). En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede presentarse paro cardíaco, respiratorio y muerte. En casos de COLOCACIÓN DE TUBO EN EL TÓRAX pueden presentarse los siguientes riesgos adicionales:

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conlleva el procedimiento. Dando fe en y en constancia de lo anterior, mi acudiente y yo firmamos a continuación.

FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE

Lina Marcela Solís (Esposa)
FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE

FIRMA Y REGISTRO DEL MEDICO

José Fernando Guzmán
Cirujano General
R.M. 524030103
Q-721722

06/23/19

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	Código: QCA-FR-265
Formato: Consentimiento Informado para Procedimientos Quirúrgicos Generales	Fecha: 31/Marzo/2015

Yo Cristian David Hernandez identificado con cédula de ciudadanía número 1192804736 autorizo al **GRUPO DE CIRUJANOS Y AYUDANTES** designados por mi EPS y en su representación al Cirujano encargado de mi caso: DR.(A) _____ para que me realice la cirugía: _____ por padecer: tipo de enfermedad: _____

Entiendo que dicho procedimiento consiste en: _____

Se me ha explicado que la garantía no es total pues la práctica de la Medicina y la Cirugía no son una ciencia exacta y sus resultados dependen de muchos factores, incluyendo la respuesta individual de cada paciente. Entiendo que en **TODA** intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables que pueden requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a la sutura), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), infecciones con posible evolución febril (urinarias, neumonías, de la piel, abscesos, peritonitis), perforaciones involuntarias de órganos vecinos (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos), hernias abdominales, adherencias y obstrucción intestinal secundaria, fistulas enterocutáneas (o salida de líquido intestinal por la piel, la herida o los drenes). En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede incluso presentarse paro cardiaco, respiratorio y muerte.

En casos de (tipo de cirugía): _____ se pueden presentar los siguientes riesgos adicionales: _____

Si es necesario extirpar piezas serán sometidas a estudio anatomopatológico (biopsias o estudios detallados con el microscopio en el laboratorio); me comprometo a reclamar su resultado final en el laboratorio de patología y llevarlo al CIRUJANO ENCARGADO para ser evaluado.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conlleva el procedimiento. Dando fe en y en constancia de lo anterior, mi acudiente y yo firmamos a continuación.

FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE

Hernandez
FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE

cc/16445653

FIRMA Y REGISTRO DEL MEDICO

Fernando Gutiérrez P
RM: 572616/09
CC: 13172

000014

	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	Código: DMD-FR-012
	Formato: Consentimiento Procedimientos Intervencionistas	Fecha: 20/Feb/2008

Dr. _____

Especialista _____

Yo Nelly Silva, mayor de edad identificado con C.C. 31.465.508 actuando en nombre propio o como representante legal de Cristhian David Hernandez Silva

DECLARO

Que he acudido a consulta de _____, el día _____ con el Doctor _____ habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes, examinado, mi diagnóstico es _____ y el tratamiento más adecuado es _____

Existiendo las alternativas siguientes _____ Me ha advertido de los posibles efectos colaterales _____ y de los riesgos previstos _____

Además que existen otros riesgos y molestias del tratamiento muy poco frecuentes, pero que pueden ser graves e incluso fatales. A la vez que ha respondido a las preguntas que le he formulado, de manera comprensible para mí.

También me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Por tanto consiento que me realicé _____ y en caso de precisar anestesia, que use la más pertinente, si se diera la circunstancia de que la anestesia fuera general, autorizo a variar el procedimiento para el que he dado mi consentimiento, en el mismo acto si ello fuera imprescindible.

Si mi caso puede ser de utilidad científica y a tal fin se toman fotografías y videos, autorizo a que sean proyectadas solamente para fines científicos siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato. _____ Autorizo la presencia de estudiantes de medicina y especialistas en formación en el tratamiento.

Firma Paciente Nelly Silva (Madre)

Firma Médico _____

En _____ a _____ de 20 _____

Rechazo tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma Paciente _____

Firma Testigo _____

Firma Médico _____

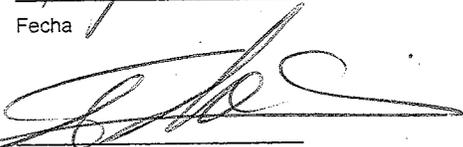
000016

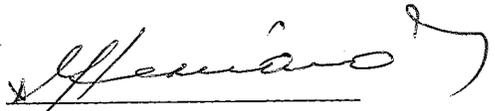
	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	Código: DMD-FR-028
	Formato: Consentimiento Anestésico	Fecha: 29/Abr/2008

Yo, Guillermo Hernandez, mayor de edad e identificado con C.C. No. 16445693 de Canton Hernandez declaro, que he acudido a la consulta pre-anestésica, he sido interrogado y examinado por el medico anesthesiologo, quien me ha explicado en forma clara y en lenguaje sencillo los riesgos previstos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica anestésica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto: _____

1. El Doctor Fernando Caballero me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y / o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios mas frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, 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 la venas o arterias puncionadas, entre otras. Las complicaciones mas graves pero muy poco frecuentes incluyen desde lesión del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma) y / o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y / o sensitivo, transitorio y / o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y / o infarto del miocardio, paro cardiorrespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolica cerebral, hipertermia maligna y hasta la muerte.
2. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Entiendo que durante el curso de anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar los procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primera prioridad.
4. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.
5. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y / o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas. Asimismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiendlo que si no las sigo, mi vida y mi salud podrían verse afectadas.

7-julio-2017
Fecha


Firma Anesthesiologo


Nombre y firma del paciente o persona
Responsable (parentesco y / o relación)

Guillermo Hernandez
Firma - Nombre de testigo
cc 16445693

000017



Clínica Nuestra Señora de los Remedios

Código: DMD-FR-028

Formato: Consentimiento Anestésico

Fecha: 29/Abr/2008

Yo, Guillermo Hernández, mayor de edad e identificado con C.C. No 16445653 de Yumbo actuando en nombre propio o como representante legal de Cristian David Hernández declaro, que he acudido a la consulta pre-anestésica, he sido interrogado y examinado por el médico anesthesiologo, quien me ha explicado en forma clara y en lenguaje sencillo los riesgos previstos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica anestésica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto _____

1. El Doctor _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, 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 del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma), y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasma, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, para cardiorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertermia maligna y hasta la muerte.

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

3. Entiendo que durante el curso de anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar los procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primera prioridad.

4. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

5. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiendome que si no las sigo, mi vida y mi salud podrán verse afectadas.

10-7-12

Fecha

Guillermo Hernández
(PARENT)

Nombre y firma del paciente o persona Responsable (Parentesco y/o Relación)

Dr. Fabian Esteban Vallejo A.
Atm. No. 1000
10.037.895

Firma Anestesiólogo

000018

Firma - Nombre de Testigo



Clínica Nuestra Señora de los Remedios

Código: DMD-FR-028

Formato: Consentimiento Anestésico

Fecha: 29/Abr/2008

Yo, Nelly Silva, mayor de edad e identificado con C.C. No. 31.465.598 de Christian David Añez declaro, que he acudido a la consulta pre-anestésica, he sido interrogado y examinado por el médico anestesiólogo, quien me ha explicado en forma clara y en lenguaje sencillo los riesgos previstos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica anestésica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto _____

1. El Doctor _____ me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, 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 del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma), y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, para cardiorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertermia maligna y hasta la muerte.

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

3. Entiendo que durante el curso de anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar los procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primera prioridad.

4. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

5. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiéndolo que si no las sigo, mi vida y mi salud podrán verse afectadas.

Cali, 14/07/2017

Fecha

Dr. Julián Mina Molina
Anestesiólogo
R.M. 19 - 2670/08

Firma Anestesiólogo

Nelly Silva

Nombre y firma del paciente o persona
Responsable (Parentesco y/o Relación)

000019

Firma - Nombre de Testigo

	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	Código: DMD-FR-028
	Formato: Consentimiento Anestésico	Fecha: 29/Abr/2008

Yo, 8 Nelly Silva, mayor de edad e identificado con C.C. No. 8 31465.508 de Tumba (Valle) actuando en nombre propio o como representante legal de Cristhian David Hernandez Silva declaro, que he acudido a la consulta pre-anestésica, he sido interrogado y examinado por el médico anesthesiologo, quien me ha explicado en forma clara y en lenguaje sencillo los riesgos previstos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica anestésica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto Laparotomía de precisión

1. El Doctor Josue Castellano P me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, 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 del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma), y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, para cardiorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertermia maligna y hasta la muerte.

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

3. Entiendo que durante el curso de anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar los procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primera prioridad.

4. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

5. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiend que si no las sigo, mi vida y mi salud podrán verse afectadas.

29-06-17

Fecha

8 Nelly Silva (madre)

Nombre y firma del paciente o persona Responsable (Parentesco y/o Relación)

[Firma]
10817/19
Firma Anesthesiologo

000320

Firma - Nombre de Testigo

	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	Código: DMD-FR-028
	Formato: Consentimiento Anestésico	Fecha: 29/Abr/2008

Yo, Nelly Silva, mayor de edad e identificado con C.C. No. 31465508 de Yumbo (Valle), actuando en nombre propio o como representante legal de Cristhian D. Hernandez Silva declaro, que he acudido a la consulta pre-anestésica, he sido interrogado y examinado por el médico anestesiólogo, quien me ha explicado en forma clara y en lenguaje sencillo los riesgos previstos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica anestésica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto Apendicectomía por laparoscopia.

1. El Doctor Luz Karime Homaza me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, 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 del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma), y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, para cardiorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertermia maligna y hasta la muerte.
2. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas satisfactoriamente.
3. Entiendo que durante el curso de anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar los procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anestesiólogo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primera prioridad.
4. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.
5. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las sigo, mi vida y mi salud podrán verse afectadas.

Luz Karime Homaza
 Fecha 16/06/2017
 Luz Karime Homaza
 Anestesiología
 C.C. 958-5
 31465-0

Nelly Silva (Madre)
 Nombre y firma del paciente o persona
 Responsable (Parentesco y/o Relación)
 000021

Firma Anestesiólogo

Firma - Nombre de Testigo

	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	Código: DMD-FR-028
	Formato: Consentimiento Anestésico	Fecha: 29/Abr/2008

Yo, Nelly Silva, mayor de edad e identificado con C.C. No. 31465508 de Yumbo (Valle) actuando en nombre propio o como representante legal de Cristhian D. Hernandez Silva, declaro, que he acudido a la consulta pre-anestésica, he sido interrogado y examinado por el médico anesthesiologo, quien me ha explicado en forma clara y en lenguaje sencillo los riesgos previstos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica anestésica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto laparoscopia laparotomia.

1. El Doctor Fernando Gahala Garcia
ANESTESIOLOGO
R.M. 853-91
C.C. 18708397 me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, 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 del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma), y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, para cardiorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertermia maligna y hasta la muerte.

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

3. Entiendo que durante el curso de anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar los procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primera prioridad.

4. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

5. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiendome que si no las sigo, mi vida y mi salud podrán verse afectadas.

21 - Junio / 2007
Fecha

[Firma]
Fernando Gahala Garcia
ANESTESIOLOGO
R.M. 853-91
C.C. 18708397
Firma Anestesiólogo

Nelly Silva (Madre.)
Nombre y firma del paciente o persona Responsable (Parentesco y/o Relación)

000022
Firma - Nombre de Testigo

	Clínica Nuestra Señora de los Remedios	Código: DMD-FR-028
	Formato: Consentimiento Anestésico	Fecha: 29/Abr/2008

Yo, Nelly Silva, mayor de edad e identificado con C.C.No. 31.465.508 de _____ actuando en nombre propio o como representante legal de Miguel David Hernandez Silva declaro, que he acudido a la consulta pre-anestésica, he sido interrogado y examinado por el médico anesthesiologo, quien me ha explicado en forma clara y en lenguaje sencillo los riesgos previstos relacionados con las técnicas anestésicas, aclarando todas mis dudas, por lo que autorizo la técnica anestésica necesaria para la realización del procedimiento quirúrgico propuesto Cavado de Cavidad abdominal + cambio sistema presión negativa

1. El Doctor Julian Guzman me ha explicado la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico a realizarse, ya sea técnica anestésica regional y/o general, en mí o mi familiar, así como los posibles efectos secundarios y complicaciones. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor, náuseas, vómito, mareo, 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 del sistema nervioso central (alteraciones cognoscitivas, psicomotoras, infecciosas, meningitis, convulsiones, coma), y/o periférico (neuritis, aracnoiditis, déficit motor y/o sensitivo, transitorio y/o definitivo, paraplejía), daño ocular, daño de las cuerdas vocales o tráquea, laringoespasma, broncoespasmo, neumonía, broncoaspiración, sueños o recuerdos intraoperatorios, reacciones adversas de las drogas, quemaduras, isquemia y/o infarto del miocardio, para cardiorespiratorio, falla renal, trombosis, embolismo pulmonar o embolia cerebral, hipertermia maligna y hasta la muerte.

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

3. Entiendo que durante el curso de anestesia pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren cambiar los procedimientos si resultan necesarios. En estos casos el anesthesiologo obrará en mi beneficio y teniendo en cuenta mi seguridad como primera prioridad.

4. Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar o revocar libremente mi consentimiento.

5. Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anesthesiologo acerca de mis antecedentes personales, quirúrgicos, farmacológicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillos o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionadas con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiéndolo que si no las sigo, mi vida y mi salud podrán verse afectadas.

Julio/03/2017
Fecha

Julian Guzman
Firma Anesthesiologo

Dr. Julian D. Guzman B.
ANESTESIOLOGO
UNIVERSIDAD DE LA AMERICA
R.F.C. 76 - 4326

Nelly Silva
Nombre y firma del paciente o persona Responsable (Parentesco y/o Relación)

Firma - Nombre de _____

000024

 CLÍNICA NUESTRA SEÑORA DE LOS REMEDIOS	Código: QCA-FR-272
Formato: Consentimiento Informado Especial para Ingresar al Plan de Lavados Abdominales Secuenciales en Pacientes con Sepsis Abdominal, Peritonitis o Abdomen Abierto	Fecha: 31/Marzo/2015

Nombre Cristian David Hernandez e identificación del paciente

Nombre e identificación del acudiente principal que autoriza los procedimientos planteados Guillermo Hernandez parentesco papá

Me han explicado que la SEPSIS ABDOMINAL Y-O PERTIONITIS AGUDA, diagnóstico que se registra y consta en la historia clínica del paciente, es una grave y mortal enfermedad infecciosa que afecta los órganos abdominales. Consiste en la presencia de pus, líquido intestinal, bilis o materia fecal dentro de la cavidad abdominal. Además del uso de antibióticos y medicamentos especializados ya formulados, el tratamiento primordial en este tipo de afecciones es realizar un estricto PLAN DE LAVADOS Y LIMPIEZAS ABDOMINALES con el fin de controlar la infección y la septicemia. El número de procedimientos a realizar y la frecuencia es variable y depende de la respuesta clínica del paciente.

Por lo tanto autorizo al **GRUPO DE CIRUJANOS, AYUDATES Y ANESTESIOLOGOS DE LA INSTITUCIÓN** para que efectúen en mi familiar el **PLAN DE LAVADOS ABDOMINALES CADA VEZ QUE LO CONSIDEREN PERTINENTE**, todo lo anterior en estricto beneficio para la salud y bienestar del paciente.

Entiendo que en **TODA** intervención quirúrgica pueden aparecer complicaciones o efectos indeseables, que pueden incluso requerir la necesidad de cirugías o procedimientos adicionales, como: Vómito, náuseas, "moretones", sangrado abundante, inflamaciones, seromas, hematomas (acumulación de líquidos y sangre en la cicatriz), granulomas (reacción a la sutura), queloides (crecimientos excesivos de la cicatriz), infecciones con posible evolución febril (urinarias, neumonías, de la piel, abscesos), perforaciones involuntarias de órganos vecinos (intestinos, vejiga, vasos sanguíneos), hernias abdominales, adherencias y obstrucción intestinal secundaria, fistulas enterocutáneas (o salida de líquido intestinal o bilis por la piel, la herida o los drenes).

En pacientes muy enfermos o bajo circunstancias especiales, puede incluso presentarse paro cardíaco, respiratorio y muerte.

Manifiesto que estoy satisfecho (a) con la información recibida, la cual ha sido clara y en lenguaje sencillo. Me han dado la oportunidad de preguntar y resolver dudas, además comprendo y acepto consciente y voluntariamente los posibles riesgos que conllevan los procedimientos. Dando fe y en constancia de lo anterior, firmamos a continuación.

FIRMA Y CÉDULA DEL PACIENTE SI ESTÁ EN CONDICIONES

[Firma]
FIRMA Y CÉDULA DEL ACUDIENTE
cc#16445653

[Firma]
FIRMA Y REGISTRO DEL MEDICO
Jose P. Hernandez
CINEBIO
RVA 52057005
CC 72472