

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI_AIS_IAS072F03
			VERSIÓN: 02
			FECHA: 22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellín - 14.07.2022

Nombre del Procedimiento: CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA;

Nombre del Paciente: YASMIN LORENA GIRALDO SUAREZ

Identificación: 1040325349

N° Historia Clínica: 1844894

Representante Legal (si Aplica):

Identificación:

Acompañante (si se cuenta con):

Identificación:

Doy fe de que el profesional VIEIRA DA COSTA, MARIA TERESA Anestesiólogo, me explicó que la anestesia es un proceso que conduce a la supresión del dolor y/o inconsciencia para permitir un procedimiento quirúrgico con los siguientes BENEFICIOS: ANALGESIA, CONTROL DEL DOLOR PERIOPERATORIO, MEJOR CAMPO OPERATORIO PARA LA CIRUGIA, DISMINUCION DE COMPLICACIONES MEDICAS DURANTE LA OPERACION, MONITOREO CONTINUO, CONTROL DEL SANGRADO DURANTE LA CIRUGIA. y que ademas hay varias modalidades de anestesia, entre otras: GENERAL, CONDUCTIVA, BLOQUEO DE NERVIOS y que la anestesia, como todo acto médico, tiene riesgos:

1. RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL:

Para producir anestesia general se utilizan medicamentos por vía inhalatoria y/o intravenosa que pueden causar, entre otros: alergias, cambios de la presión arterial, disminución de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorrespiratorio y la muerte. Otros riesgos durante la anestesia general son: pérdida o fractura de piezas dentarias, heridas en labios y lengua, recuerdo intraoperatorio, convulsiones (ataques), ronquera, hipertermia maligna, úlceras de córnea, trastornos del sueño, arritmia, infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales.

2. RIESGOS DE LA ANESTESIA CONDUCTIVA:

Existen dos modalidades: raquídea y epidural. Pueden tener riesgo de infección en el sitio de aplicación (punción), edema (hinchazón), neuritis (inflamación de los nervios), reacciones alérgicas, sangrado, dolor de cabeza leve o severo, meningitis, convulsiones (ataques), lesión nerviosa con o sin parálisis de los miembros inferiores en forma transitoria o permanente, alteraciones de la presión arterial, alteración de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorrespiratorio y la muerte, así como infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales, entre otros.

3. RIESGOS DE LA ANESTESIA CON BLOQUEOS DE NERVIOS:

Reacciones alérgicas, infección en el sitio de aplicación (punción), lesión nerviosa con parálisis de la extremidad en forma transitoria o permanente, dolor crónico secundario a lesión nerviosa, lesión vascular, neumotórax (aire en el pulmón), complicaciones cardiopulmonares, convulsiones (ataques), infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales y en raros casos la muerte, entre otros.

Adicionalmente se me explicó que la práctica médica, anestésica y quirúrgica no son ciencias exactas y que nadie puede dar garantía o promesa acerca de la administración de la anestesia o sus resultados. Al respecto se me dio informaron y una serie de aclaraciones sobre el acto anestésico, sus posibles riesgos, limitaciones y consecuencias, para que en uso de mis facultades y bajo plena libertad, autorice la anestesia durante el procedimiento quirúrgico CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA.

Sé me ha indicado que tanto la anestesia conductiva como los bloqueos de nervios, pueden producir bloqueos incompletos, por lo que sería necesario utilizar otro tipo de anestesia complementaria.

Se me advirtió que acorde con mis CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD, tendría los siguientes RIESGOS ANESTESICOS ADICIONALES INHERENTES: BRONCOESPASMO, BRONCOASPIRACION, CONVULSIONES, REACCIONES ALERGICAS, AGITACION, HIPERTERMIA MALIGNA, ARRITMIAS, HIPERTENSION TRASOPERATORIA, PARO CARDIACO, TRAUMATISMO DE LA VIA AEREA, INFILTRACION DE VIAS PERIFERICAS, TRAUMATISMO POR CANALIZACION DE VENAS PERIFERICAS, SANGRADO PERIOPERATORIO, HEMATOMA EPIDURAL O SUBDURAL POR ANESTESIA REGIONAL (RAQUIDEA O PERIDURAL) COMPLICACIONES NO PREVISTAS RELACIONADAS CON EL PROCEDIMIENTO. (Sólo se diligencia



**FORMATO
CONSENTIMIENTO
INFORMADO
PARA
ANESTESIOLOGIA**

**ATENCIÓN INTEGRAL EN
SALUD**

CÓDIGO:	MI_AIS_IAS072F03
VERSIÓN:	02
FECHA:	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

cuando existen riesgos típicos para un paciente específico).

Se me advirtió que es necesario guardar 6 horas de ayuno antes de la cirugía, entendiéndolo que no debo comer o beber absolutamente nada (ni mascar chicle o confites), pues en la aplicación de la anestesia se puede presentar vómito y el contenido de residuos alimentarios irse al pulmón (fenómeno conocido como broncoaspiración) con severas complicaciones y riesgo alto para la vida.

Si soy usuaria de sexo femenino, entiendo que al existir la más mínima duda de embarazo, debo comunicarlo por el riesgo de aborto o malformaciones fetales.

También se me advirtió que durante el curso de cualquier intervención se pueden presentar condiciones imprevistas que requieren una extensión del procedimiento o uno diferente al programado, o cambiar de técnica anestésica, necesidad de transfusión sanguínea o ser transferido a cuidados especiales o intensivos.

Declaro que he recibido suficiente información y me han resuelto las preguntas que he realizado, respecto a la naturaleza y propósito del procedimiento, sus alternativas terapéuticas, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones.

Conociendo y comprendiendo todos los riesgos, autorizo a los anestesiólogos asignados por EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN para suministrar la anestesia necesaria, de acuerdo con mis particulares condiciones, para el procedimiento programado para mí, en procura del restablecimiento de mi salud.

Tengo claro que el anestesiólogo que me atenderá el procedimiento podrá ser diferente a quien me da la explicación y que ambos son igualmente idóneos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

X Yasmin Lorena Giraldo Suarez
Paciente: 7040325349.

Representante Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Maria T. Vieira

Dra. Maria Teresa Vieira
C. Extranjeria 383586
R.M. 5205110
Reg. Anestesia 158471

Acompañante

Especialista

DISSENTIMIENTO

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional VIEIRA DA COSTA, MARIA TERESA

Paciente:

Representante Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)



SISTEMA NACIONAL DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA
Subsistema de información SIVIGILA
Ficha de notificación individual



Datos básicos

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

FOR-R02.0000-001 V:08 2019-02-01

1.1 Código de la UPGD (Departamento, Municipio, Código, Sub-Índice)
Razón social de la unidad primaria generadora del dato (1040325349)
1.2 Nombre del evento (Morbilidad materna extrema)
1.3 Fecha de la notificación (25/09/2022)

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento (CC)
2.2 Número de identificación (104032349)
3 Nombres y apellidos del paciente (Yasmin Graciela Suarez)
2.4 Teléfono (321 8008388)
2.5 Fecha de nacimiento (08/12/1994)
2.6 Edad (27)
2.7 Unidad de medida de la edad (Años)
2.8 Sexo (Femenino)
2.9 Nacionalidad (Colombiana)
2.10 País de ocurrencia del caso (Colombia)
2.11 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia (Antioquia - San Pedro)
2.12 Área de ocurrencia del caso (Rural disperso)
2.13 Localidad de ocurrencia del caso (Espíritu Santo)
2.14 Barrio de ocurrencia del caso
2.15 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso
2.16 Vereda/zona
2.17 Ocupación del paciente
2.18 Tipo de régimen en salud (Subsidiado)
2.19 Nombre de la administradora de Planes de beneficios (SANA)
2.20 Pertenencia étnica (Indígena)
2.22 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente (Notificación rutinaria)
3.2 Departamento y municipio de residencia del paciente (Antioquia - San Pedro)
3.3 Dirección de residencia (San Pedro)
3.4 Fecha de consulta (24/09/2022)
3.5 Fecha de inicio de síntomas (18/04/2022)
3.6 Clasificación inicial de caso (Conf. por laboratorio)
3.7 Hospitalizado (Sí)
3.8 Fecha de hospitalización (24/09/2022)
3.9 Condición final (Muerto)
3.10 Fecha de defunción
3.11 Número certificado de defunción
3.12 Causa básica de muerte
3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha (Anti Melissa Caro Londono)
3.14 Teléfono (3847300)

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso
4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)

1390/88



Ficha de notificación individual – Datos complementarios

Morbilidad materna extrema, Cod INS 549

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participan en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACION CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-075 V:00 2019-02-01

A. Nombres y apellidos del paciente <i>Yasmin Lorena Gracelo Suarez</i>	B. Tipo de ID* <i>CC</i>	C. Número de identificación <i>1040325849</i>
--	-----------------------------	--

RC: REGISTRO CIVIL | TI: TARJETA IDENTIDAD | CC: CÉDULA CIUDADANÍA | CE: CÉDULA EXTRANJERÍA | PA: PASAPORTE | MS: MENOR SIN ID | AS: ADULTO SIN ID | PE: PERMISO ESPECIAL DE PERMANENCIA

5. SISTEMA DE REFERENCIA

5.1 ¿La paciente ingresó remitida de otra institución? <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	5.2 Institución de referencia 1	5.3 Institución de referencia 2	5.4 Tiempo del trámite de remisión [] [] Horas
--	---------------------------------	---------------------------------	---

6. CARACTERÍSTICAS MATERNAS

6.1 Número de gestaciones <i>03</i>	6.2 Partos vaginales <i>01</i>	6.3 Cesáreas <i>01</i>	6.4 Abortos <i>00</i>	6.5 Muñes <i>00</i>	6.6 Ectópicos <i>00</i>	6.7 Muertes <i>00</i>
6.8 Vivos <i>02</i>	6.9 Fecha de terminación de la última gestación (dd/mm/aaaa)	Incluye el embarazo actual o el que terminó en los 41 días anteriores				
	[] [] - [] [] - [] [] [] []	6.11. Número de controles prenatales <i>0</i>	6.12 Semanas al inicio CPN <i>0</i>			
6.13 Terminación de la gestación <input type="radio"/> 1. Aborto <input type="radio"/> 3. Parto instrumentado <input checked="" type="radio"/> 5. Continúa embarazada <input type="radio"/> 2. Parto <input type="radio"/> 4. Cesárea			6.15 Momento de ocurrencia con relación a terminación de gestación <input type="radio"/> 1. Antes <input type="radio"/> 2. Durante <input type="radio"/> 3. Después			

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

7.1. Enfermedad específica		7.1.1 Eclampsia <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No		7.1.4 Hemorragia obstétrica severa <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	
7.1.2 Preeclampsia severa <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No		7.1.3 Sepsis o infección sistémica severa <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No		7.1.5 Ruptura uterina <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	
7.2. Falta orgánica		7.2.1 Cardíaca <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No		7.2.5 Metabólica <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	
7.2.2 Vascular <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No		7.2.3 Renal <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No		7.2.6 Cerebral <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	
7.2.4 Hepática <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No		7.2.7 Respiratoria <input checked="" type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		7.2.8 Coagulación <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No	
7.3. Manejo específico		7.3.1. Ingreso a UCI <input checked="" type="radio"/> 1. Sí <input type="radio"/> 2. No		TOTAL DE CRITERIOS <i>02</i>	
		7.3.2. Cirugía adicional <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No			
		7.3.3. Transfusión <input type="radio"/> 1. Sí <input checked="" type="radio"/> 2. No			

8. DATOS RELACIONADOS CON EL MANEJO

8.1. Días de estancia hospitalaria []	8.3. Si en el numeral 7.3.3 marcó SI indique cuántas unidades transfundidas [] Unidades transfundidas	8.4. Si en el numeral 7.3.2 marcó SI indique que cirugía
8.2. Días de estancia en cuidados intensivos []	CRUGIA 1 <input type="radio"/> 1. Histeroectomía <input type="radio"/> 2. Laparatomía <input type="radio"/> 3. Legrado <input type="radio"/> 4. Otra Cuál? _____	CRUGIA 2 <input type="radio"/> 1. Histeroectomía <input type="radio"/> 2. Laparatomía <input type="radio"/> 3. Legrado <input type="radio"/> 4. Otra Cuál? _____

9. CAUSAS DE MORBILIDAD

9.1 Causa principal (CIE 10): <i>Embolia pulmonar</i>	Código <i>I269</i>
9.1.1 Causa principal agrupada	Código []
Causas asociadas	Código []
9.2 Causa asociada (CIE 10):	Código []
9.3 Causa asociada (CIE 10):	Código []
9.4 Causa asociada (CIE 10):	Código []
9.5 Fecha de egreso (dd/mm/aaaa) [] [] [] [] [] []	9.6 Egreso <input type="radio"/> 1. Sale para la casa <input type="radio"/> 2. Sale remitida

4

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO	MI_AIS_IAS072F02
			VERSIÓN	02
			FECHA	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellín - 25.09.2022.

Nombre del Procedimiento: TAC DE TORAX

Nombre del Paciente: YASMIN LORENA GIRALDO SUAREZ

Identificación: 1040325349

N° Historia Clínica: 1844894

Representante Legal (si Aplica):

Identificación:

Acompañante (si se cuenta con):

Identificación:

Doy fe de que el profesional URREGO PACHON, MAURICIO ARTURO especialista en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medios, pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados. Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como NO y se me han explicado los beneficios y desventajas de cada uno de ellos, pero acepto la práctica de TAC TOTAX con el cual se espera obtener los siguientes BENEFICIOS: DIAGNOSTICO.

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar, acorde con mis particulares condiciones DESATURADA, MEJORA CON MASCARA DE NO REINHALACIÓN, HIPOTENSA, TAQUICARDICA.

Se me ha advertido que la intervención que se me va a realizar tiene RIESGOS, siendo los más comunes IRRADIACIÓN FETAL y que además existen otros riesgos imprevistos que no es posible resistir, inclusive la muerte. Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre - existentes de salud, y de acuerdo con mis particulares condiciones tengo los siguientes RIESGOS adicionales PERDIDA FETAL.

Autorizo al médico o los profesionales tratantes a proceder según los hallazgos dentro del procedimiento quirúrgico y realizar las intervenciones adicionales que estimen pertinentes, conforme a su criterio médico, así no me hayan sido previamente informadas, en procura de mejorar mi estado de salud y en desarrollo del principio de beneficencia que rige la actividad médica.

Se me ha explicado y entiendo las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a realizar, los cuidados que debo tener antes y después de él, se me ha dado la explicación en un lenguaje claro y sencillo, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas respectivas.

Como paciente me han sido advertidas mis obligaciones de asistir a consultas, revisiones, administración de medicamentos y asistir a la institución en caso de tener signos de alarma, cuyo incumplimiento podría alterar el curso de mi tratamiento. Se me ha advertido que puede haber situaciones en las cuales la estancia hospitalaria se puede prolongar o generar manejos de mayor complejidad como en Unidades de Cuidados Intensivos y/o Especiales.

Autorizo al Hospital General de Medellín para que en caso de que algún trabajador de la salud entre en contacto accidental con mi sangre o mis secreciones, sea estudiados mis fluidos, sin costo alguno para mí, para verificar si tengo o no alguna enfermedad infectocontagiosa como Hepatitis B, Hepatitis C, VIH y/o Sífilis entre otras y tomar las medidas de prevención a que haya lugar con el trabajador accidentado. El Hospital se compromete a tener bajo reserva dicha información.

Igualmente autorizo a la institución para que en mi proceso de atención participe personal en formación con la debida supervisión del profesional certificado. En tales condiciones, en pleno uso de mis facultades mentales y de manera libre y consciente, autorizo el procedimiento descrito, denominado TAC DE TORAX.

Se me explicó que en mi caso concreto puedo llegar a requerir la aplicación de sangre y/o componentes sanguíneos por lo que voluntariamente autorizo su aplicación mediante el procedimiento de transfusión de hemo-componentes que será realizado por un médico autorizado para ello por mi médico tratante y quien me informó que la transfusión puede tener los siguientes riesgos entre otros: Fiebre, urticaria (ronchas que causan rasquiña), sobrecarga circulatoria (incremento del volumen sanguíneo), dificultad para respirar, tos, falla cardiaca, hemosiderosis (sobrecarga de hierro), anemia y falla renal; Infecciones tales como hepatitis, SIDA, enfermedad de Chagas

1390 / 88

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO	MI_AIS_IAS072F02
			VERSIÓN	02
			FECHA	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellín - 26.09.2022.

Nombre del Procedimiento: rx de torax portatil

Nombre del Paciente: YASMIN LORENA GIRALDO SUAREZ

Identificación: 1040325349

N° Historia Clínica: 1844894

Representante Legal (si Aplica):

Identificación:

Acompañante (si se cuenta con):

Identificación:

Doy fe de que el profesional JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO especialista en ANESTESIOLOG.CUIDADOS INT.REAN, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medios, pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados. Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como NO HACER NADA y se me han explicado los beneficios y desventajas de cada uno de ellos, pero acepto la práctica de RX DE TORAX PORTATIL con el cual se espera obtener los siguientes BENEFICIOS: determinar evolucion.

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar, acorde con mis particulares condiciones 19 semanas de gestacion, con desaturacion por atelectasias.

Se me ha advertido que la intervención que se me va a realizar tiene RIESGOS, siendo los más comunes NO HAY y que además existen otros riesgos imprevistos que no es posible resistir, inclusive la muerte. Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre - existentes de salud, y de acuerdo con mis particulares condiciones tengo los siguientes RIESGOS adicionales radiacion.

Autorizo al médico o los profesionales tratantes a proceder según los hallazgos dentro del procedimiento quirúrgico y realizar las intervenciones adicionales que estimen pertinentes, conforme a su criterio médico, así no me hayan sido previamente informadas, en procura de mejorar mi estado de salud y en desarrollo del principio de beneficencia que rige la actividad médica.

Se me ha explicado y entiendo las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a realizar, los cuidados que debo tener antes y después de él, se me ha dado la explicación en un lenguaje claro y sencillo, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas respectivas.

Como paciente me han sido advertidas mis obligaciones de asistir a consultas, revisiones, administración de medicamentos y asistir a la institución en caso de tener signos de alarma, cuyo incumplimiento podría alterar el curso de mi tratamiento. Se me ha advertido que puede haber situaciones en las cuales la estancia hospitalaria se puede prolongar o generar manejos de mayor complejidad como en Unidades de Cuidados Intensivos y/o Especiales.

Autorizo al Hospital General de Medellín para que en caso de que algún trabajador de la salud entre en contacto accidental con mi sangre o mis secreciones, sea estudiados mis fluidos, sin costo alguno para mí, para verificar si tengo o no alguna enfermedad infectocontagiosa como Hepatitis B, Hepatitis C, VIH y/o Sífilis entre otras y tomar las medidas de prevención a que haya lugar con el trabajador accidentado. El Hospital se compromete a tener bajo reserva dicha información.

Igualmente autorizo a la institución para que en mi proceso de atención participe personal en formación con la debida supervisión del profesional certificado. En tales condiciones, en pleno uso de mis facultades mentales y de manera libre y consciente, autorizo el procedimiento descrito, denominadorx de torax portatil.

Se me explicó que en mi caso concreto puedo llegar a requerir la aplicación de sangre y/o componentes sanguíneos por lo que voluntariamente autorizo su aplicación mediante el procedimiento de transfusión de hemo-componentes que será realizado por un médico autorizado para ello por mi médico tratante y quien me informó que la transfusión puede tener los siguientes riesgos entre otros: Fiebre, urticaria (ronchas que causan rasquiña), sobrecarga circulatoria (incremento del volumen sanguíneo), dificultad para respirar, tos, falla cardiaca, hemosiderosis (sobrecarga de hierro), anemia y falla renal; Infecciones tales como hepatitis, SIDA, enfermedad de Chagas



FORMATO
CONSENTIMIENTO
INFORMADO
GENERAL

ATENCIÓN INTEGRAL EN
SALUD

CÓDIGO

MI_AIS_IAS072F02

VERSIÓN

02

FECHA

22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

(transmitida por la picadura del pito) y otras aún no conocidas. Se me explicó que dichos efectos pueden presentarse a pesar de que me van a transfundir sangre y/o componentes a los que se le han practicado exámenes que por disposiciones legales son necesarios para colocar el sello de calidad, y las pruebas de compatibilidad pertinentes con resultados negativos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

Yasmin Lorena Graldo Suarez
Paciente
11046325349

Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

Jiménez

Especialista

DISENTIMIENTO

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento, cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional JIMENEZ BABILONIA, DOMINGO

Paciente

Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

Especialista

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO	MI_AIS_IAS072F02
			VERSIÓN	02
			FECHA	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellín - 30.09.2022.

Nombre del Procedimiento: LEGRADO OBSTETRICO

Nombre del Paciente: YASMIN LORENA GIRALDO SUAREZ

Identificación: 1040325349

N° Historia Clínica: 1844894

Representante Legal (si Aplica):

Identificación:

Acompañante (si se cuenta con):

Identificación:

Doy fe de que el profesional DURAN MORALES, MARIA ANGELICA especialista en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medios, pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados. Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como NO y se me han explicado los beneficios y desventajas de cada uno de ellos, pero acepto la práctica de SI con el cual se espera obtener los siguientes **BENEFICIOS: TERMINAR PROCESO.**

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar, acorde con mis particulares condiciones BUENAS.

Se me ha advertido que la intervención que se me va a realizar tiene RIESGOS, siendo los más comunes SANGRADO INFECCION MALA CICATRIZACION y que además existen otros riesgos imprevistos que no es posible resistir, inclusive la muerte. Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre - existentes de salud, y de acuerdo con mis particulares condiciones tengo los siguientes RIESGOS adicionales REINTERVENCION, RUPTURA UTERINA, HISTERECTOMIA LESION DE ORGANOS MUERTE ENTRE OTROS.

Autorizo al médico o los profesionales tratantes a proceder según los hallazgos dentro del procedimiento quirúrgico y realizar las intervenciones adicionales que estimen pertinentes, conforme a su criterio médico, así no me hayan sido previamente informadas, en procura de mejorar mi estado de salud y en desarrollo del principio de beneficencia que rige la actividad médica.

Se me ha explicado y entiendo las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a realizar, los cuidados que debo tener antes y después de él, se me ha dado la explicación en un lenguaje claro y sencillo, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas respectivas.

Como paciente me han sido advertidas mis obligaciones de asistir a consultas, revisiones, administración de medicamentos y asistir a la institución en caso de tener signos de alarma, cuyo incumplimiento podría alterar el curso de mi tratamiento. Se me ha advertido que puede haber situaciones en las cuales la estancia hospitalaria se puede prolongar o generar manejos de mayor complejidad como en Unidades de Cuidados Intensivos y/o Especiales.

Autorizo al Hospital General de Medellín para que en caso de que algún trabajador de la salud entre en contacto accidental con mi sangre o mis secreciones, sea estudiados mis fluidos, sin costo alguno para mí, para verificar si tengo o no alguna enfermedad infectocontagiosa como Hepatitis B, Hepatitis C, VIH y/o Sífilis entre otras y tomar las medidas de prevención a que haya lugar con el trabajador accidentado. El Hospital se compromete a tener bajo reserva dicha información.

Igualmente autorizo a la institución para que en mi proceso de atención participe personal en formación con la debida supervisión del profesional certificado. En tales condiciones, en pleno uso de mis facultades mentales y de manera libre y consciente, autorizo el procedimiento descrito, denominado LEGRADO OBSTETRICO.

Se me explicó que en mi caso concreto puedo llegar a requerir la aplicación de sangre y/o componentes sanguíneos por lo que voluntariamente autorizo su aplicación mediante el procedimiento de transfusión de hemo-componentes que será realizado por un médico autorizado para ello por mi médico tratante y quien me informó que la transfusión puede tener los siguientes riesgos entre otros: Fiebre, urticaria (ronchas que causan rasquiña), sobrecarga circulatoria (incremento del volumen sanguíneo), dificultad para respirar, tos, falla cardiaca, hemosiderosis

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO	MI_AIS_IAS072F02
			VERSIÓN	02
			FECHA	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

(sobrecarga de hierro), anemia y falla renal; Infecciones tales como hepatitis, SIDA, enfermedad de Chagas (transmitida por la picadura del pito) y otras aún no conocidas. Se me explicó que dichos efectos pueden presentarse a pesar de que me van a transfundir sangre y/o componentes a los que se le han practicado exámenes que por disposiciones legales son necesarios para colocar el sello de calidad, y las pruebas de compatibilidad pertinentes con resultados negativos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

Gasmin Giraldo
Paciente

Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

[Signature]
Especialista

DISENTIMIENTO

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento, cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional DURAN MORALES, MARIA ANGELICA

Paciente

Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

Especialista

 HGM Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI_AIS_IAS072F03
			VERSIÓN: 02
			FECHA: 22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellín - 30.09.2022

Nombre del Procedimiento: LEGRADO UTERINO

Nombre del Paciente: YASMIN LORENA GIRALDO SUAREZ

Identificación: 1040325349

N° Historia Clínica: 1844894

Representante Legal (si Aplica):

Identificación:

Acompañante (si se cuenta con):

Identificación:

Doy fe de que el profesional VALDELAMAR CASTILLO, MARTA MARGARITA DEL CARMEN Anestesiólogo, me explicó que la anestesia es un proceso que conduce a la supresión del dolor y/o inconsciencia para permitir un procedimiento quirúrgico con los siguientes BENEFICIOS: NO DOLOR DURANTE LA CIRUGIA y que además hay varias modalidades de anestesia, entre otras: GENERAL, CONDUCTIVA, BLOQUEO DE NERVIOS y que la anestesia, como todo acto médico, tiene riesgos:

1. RIESGOS DE LA ANESTESIA GENERAL:

Para producir anestesia general se utilizan medicamentos por vía inhalatoria y/o intravenosa que pueden causar, entre otros: alergias, cambios de la presión arterial, disminución de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte. Otros riesgos durante la anestesia general son: pérdida o fractura de piezas dentarias, heridas en labios y lengua, recuerdo intraoperatorio, convulsiones (ataques), ronquera, hipertermia maligna, úlceras de córnea, trastornos del sueño, arritmia, infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales.

2. RIESGOS DE LA ANESTESIA CONDUCTIVA:

Existen dos modalidades: raquídea y epidural. Pueden tener riesgo de infección en el sitio de aplicación (punción), edema (hinchazón), neuritis (inflamación de los nervios), reacciones alérgicas, sangrado, dolor de cabeza leve o severo, meningitis, convulsiones (ataques), lesión nerviosa con o sin parálisis de los miembros inferiores en forma transitoria o permanente, alteraciones de la presión arterial, alteración de la oxigenación y excepcionalmente paro cardiorespiratorio y la muerte, así como infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales, entre otros.

3. RIESGOS DE LA ANESTESIA CON BLOQUEOS DE NERVIOS:

Reacciones alérgicas, infección en el sitio de aplicación (punción), lesión nerviosa con parálisis de la extremidad en forma transitoria o permanente, dolor crónico secundario a lesión nerviosa, lesión vascular, neumotórax (aire en el pulmón), complicaciones cardiopulmonares, convulsiones (ataques), infarto de corazón, cerebro y de otros órganos, así como insuficiencia respiratoria y posibilidad de manejo en unidad de cuidados intensivos y/o especiales y en raros casos la muerte, entre otros.

Adicionalmente se me explicó que la práctica médica, anestésica y quirúrgica no son ciencias exactas y que nadie puede dar garantía o promesa acerca de la administración de la anestesia o sus resultados. Al respecto se me dio informaron y una serie de aclaraciones sobre el acto anestésico, sus posibles riesgos, limitaciones y consecuencias, para que en uso de mis facultades y bajo plena libertad, autorice la anestesia durante el procedimiento quirúrgico ANESTESIA PARA LEGRADO UTERINO.

Sé me ha indicado que tanto la anestesia conductiva como los bloqueos de nervios, pueden producir bloqueos incompletos, por lo que sería necesario utilizar otro tipo de anestesia complementaria.

Se me advirtió que acorde con mis CONDICIONES ESPECÍFICAS DE SALUD, tendría los siguientes RIESGOS ANESTESICOS ADICIONALES INHERENTES: INFECCIONES, DOLOR, ALERGIAS, PARO CARDIORESPIRATORIO, COMA, DAÑO CEREBRAL, DAÑO PULMONAR, HOSPITALIZACION EN UCI, MUERTE(Sólo se diligencia cuando existen riesgos típicos para un paciente específico).

Se me advirtió que es necesario guardar 6 horas de ayuno antes de la cirugía, entendiéndolo que no debo comer o beber absolutamente nada (ni mascar chicle o confites), pues en la aplicación de la anestesia se puede presentar vómito y el contenido de residuos alimentarios irse al pulmón (fenómeno conocido como broncoaspiración) con severas complicaciones y riesgo alto para la vida.

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANESTESIOLOGIA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO: MI_AIS_IAS072F03
			VERSIÓN: 02
			FECHA: 22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Si soy usuaria de sexo femenino, entiendo que al existir la más mínima duda de embarazo, debo comunicarlo por el riesgo de aborto o malformaciones fetales.

También se me advirtió que durante el curso de cualquier intervención se pueden presentar condiciones imprevistas que requieren una extensión del procedimiento o uno diferente al programado, o cambiar de técnica anestésica, necesidad de transfusión sanguínea o ser transferido a cuidados especiales o intensivos.

Declaro que he recibido suficiente información y me han resuelto las preguntas que he realizado, respecto a la naturaleza y propósito del procedimiento, sus alternativas terapéuticas, probabilidades de éxito, riesgos y complicaciones.

Conociendo y comprendiendo todos los riesgos, autorizo a los anestesiólogos asignados por EL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN para suministrar la anestesia necesaria, de acuerdo con mis particulares condiciones, para el procedimiento programado para mí, en procura del restablecimiento de mi salud.

Tengo claro que el anestesiólogo que me atenderá el procedimiento podrá ser diferente a quien me da la explicación y que ambos son igualmente idóneos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

Yasmin Lorena Giraldo S.
Paciente:

Representante Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

Marta Margarita del Castillo
Especialista

 ANESTESIAS C.C. 45.429.513
R.M. 01-16720-89
Dra. MARTA M. DEL C. VALDELAMAR C.
Anestesióloga

DISSENTIMIENTO

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional VALDELAMAR CASTILLO, MARTA MARGARITA DEL CARMEN

Paciente:

Representante Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

Especialista

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO	MI_AIS_IAS072F02
			VERSIÓN	02
			FECHA	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellín - 18.04.2022.

Nombre del Procedimiento: CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA;

Nombre del Paciente: YASMIN LORENA GIRALDO SUAREZ

Identificación: 1040325349

Nº Historia Clínica: 1844894

Representante Legal (si Aplica):

Identificación:

Acompañante (si se cuenta con):

Identificación:

Doy fe de que el profesional POSADA VASQUEZ, GINA ANDREA especialista en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medios, pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados. Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como NO y se me han explicado los beneficios y desventajas de cada uno de ellos, pero acepto la práctica de CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA con el cual se espera obtener los siguientes BENEFICIOS: mejoría del dolor y caldía de vida.

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar, acorde con mis particulares condiciones buenas condnoesn con afecicodne su calidad de vida.

Se me ha advertido que la intervención que se me va a realizar tiene RiESGOS, siendo los más comunes INFEICOCN SANGRAOD, DOLOR EPLVICO CRONICO, OTROS y que además existen otros riesgos imprevistos que no es posible resistir, inclusive la muerte. Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre - existentes de salud, y de acuerdo con mis particulares condiciones tengo los siguientes RIESGOS adicionales mejoría en manejo.

Autorizo al médico o los profesionales tratantes a proceder según los hallazgos dentro del procedimiento quirúrgico y realizar las intervenciones adicionales que estimen pertinentes, conforme a su criterio médico, así no me hayan sido previamente informadas, en procura de mejorar mi estado de salud y en desarrollo del principio de beneficencia que rige la actividad médica.

Se me ha explicado y entiendo las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a realizar, los cuidados que debo tener antes y después de él, se me ha dado la explicación en un lenguaje claro y sencillo, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas respectivas.

Como paciente me han sido advertidas mis obligaciones de asistir a consultas, revisiones, administración de medicamentos y asistir a la institución en caso de tener signos de alarma, cuyo incumplimiento podría alterar el curso de mi tratamiento. Se me ha advertido que puede haber situaciones en las cuales la estancia hospitalaria se puede prolongar o generar manejos de mayor complejidad como en Unidades de Cuidados Intensivos y/o Especiales.

Autorizo al Hospital General de Medellín para que en caso de que algún trabajador de la salud entre en contacto accidental con mi sangre o mis secreciones, sea estudiados mis fluidos, sin costo alguno para mí, para verificar si tengo o no alguna enfermedad infectocontagiosa como Hepatitis B, Hepatitis C, VIH y/o Sífilis entre otras y tomar las medidas de prevención a que haya lugar con el trabajador accidentado. El Hospital se compromete a tener bajo reserva dicha información.

Igualmente autorizo a la institución para que en mi proceso de atención participe personal en formación con la debida supervisión del profesional certificado. En tales condiciones, en pleno uso de mis facultades mentales y de manera libre y consciente, autorizo el procedimiento descrito, denominado CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA;

Se me explicó que en mi caso concreto puedo llegar a requerir la aplicación de sangre y/o componentes sanguíneos por lo que voluntariamente autorizo su aplicación mediante el procedimiento de transfusión de hemo-componentes que será realizado por un médico autorizado para ello por mi médico tratante y quien me informó que la transfusión puede tener los siguientes riesgos entre otros: Fiebre, urticaria (ronchas que causan rasquiña), sobrecarga circulatoria (incremento del volumen sanguíneo), dificultad para respirar, tos, falla cardíaca, hemosiderosis



FORMATO
CONSENTIMIENTO
INFORMADO
GENERAL

ATENCIÓN INTEGRAL EN
SALUD

CÓDIGO

MI_AIS_IAS072F02

VERSIÓN

02

FECHA

22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

(sobrecarga de hierro), anemia y falla renal; Infecciones tales como hepatitis, SIDA, enfermedad de Chagas (transmitida por la picadura del pito) y otras aún no conocidas. Se me explicó que dichos efectos pueden presentarse a pesar de que me van a transfundir sangre y/o componentes a los que se le han practicado exámenes que por disposiciones legales son necesarios para colocar el sello de calidad, y las pruebas de compatibilidad pertinentes con resultados negativos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

X Yasmin Lorena Giraldo S.

Paciente

Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante



Especialista

DISENTIMIENTO

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento, cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional POSADA VASQUEZ, GINA ANDREA

Paciente

Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

Especialista

	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO	MI_AIS_IAS072F02
			VERSIÓN	02
			FECHA	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

Lugar y Fecha: Medellín - 18.04.2022.

Nombre del Procedimiento: CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA;

Nombre del Paciente: YASMIN LORENA GIRALDO SUAREZ

Identificación: 1040325349

N° Historia Clínica: 1844894

Representante Legal (si Aplica):

Identificación:

Acompañante (si se cuenta con):

Identificación:

Doy fe de que el profesional POSADA VASQUEZ, GINA ANDREA especialista en GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, me explicó el procedimiento al cual me voy a someter y las posibles consecuencias, riesgos y complicaciones; me explicó que pondrá a mi servicio todo su conocimiento y técnica pero que se trata de una responsabilidad de medios, pues existen factores externos que pueden afectar el buen resultado como son la respuesta individual de los tejidos y órganos que depende de cada paciente y por ello no se pueden garantizar los resultados. Entiendo que existe otro tipo de tratamientos como NO y se me han explicado los beneficios y desventajas de cada uno de ellos, pero acepto la práctica de CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA con el cual se espera obtener los siguientes BENEFICIOS: mejoría del dolor y caldía de vida.

También entiendo que como en toda intervención o procedimiento y por causas independientes al actuar médico, se pueden presentar complicaciones que son comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, siendo las complicaciones más frecuentes del procedimiento que se ha de realizar, acorde con mis particulares condiciones buenas condncoesn con afecicodne su calidad de vida.

Se me ha advertido que la intervención que se me va a realizar tiene RIESGOS, siendo los más comunes INFEICOCN SANGRAOD, DOLOR EPLVICO CRONICO, OTROS y que además existen otros riesgos imprevistos que no es posible resistir, inclusive la muerte. Manifiesto expresamente que he dado la información completa con respecto a mis condiciones pre - existentes de salud, y de acuerdo con mis particulares condiciones tengo los siguientes RIESGOS adicionales mejoría en manejo.

Autorizo al médico o los profesionales tratantes a proceder según los hallazgos dentro del procedimiento quirúrgico y realizar las intervenciones adicionales que estimen pertinentes, conforme a su criterio médico, así no me hayan sido previamente informadas, en procura de mejorar mi estado de salud y en desarrollo del principio de beneficencia que rige la actividad médica.

Se me ha explicado y entiendo las condiciones y objetivos del procedimiento que se me va a realizar, los cuidados que debo tener antes y después de él, se me ha dado la explicación en un lenguaje claro y sencillo, dándome la oportunidad de preguntar y resolver las dudas respectivas.

Como paciente me han sido advertidas mis obligaciones de asistir a consultas, revisiones, administración de medicamentos y asistir a la institución en caso de tener signos de alarma, cuyo incumplimiento podría alterar el curso de mi tratamiento. Se me ha advertido que puede haber situaciones en las cuales la estancia hospitalaria se puede prolongar o generar manejos de mayor complejidad como en Unidades de Cuidados Intensivos y/o Especiales.

Autorizo al Hospital General de Medellín para que en caso de que algún trabajador de la salud entre en contacto accidental con mi sangre o mis secreciones, sea estudiados mis fluidos, sin costo alguno para mí, para verificar si tengo o no alguna enfermedad infectocontagiosa como Hepatitis B, Hepatitis C, VIH y/o Sífilis entre otras y tomar las medidas de prevención a que haya lugar con el trabajador accidentado. El Hospital se compromete a tener bajo reserva dicha información.

Igualmente autorizo a la institución para que en mi proceso de atención participe personal en formación con la debida supervisión del profesional certificado. En tales condiciones, en pleno uso de mis facultades mentales y de manera libre y consciente, autorizo el procedimiento descrito, denominado CISTECTOMIA DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA;

Se me explicó que en mi caso concreto puedo llegar a requerir la aplicación de sangre y/o componentes sanguíneos por lo que voluntariamente autorizo su aplicación mediante el procedimiento de transfusión de hemo-componentes que será realizado por un médico autorizado para ello por mi médico tratante y quien me informó que la transfusión puede tener los siguientes riesgos entre otros: Fiebre, urticaria (ronchas que causan rasquiña), sobrecarga circulatoria (incremento del volumen sanguíneo), dificultad para respirar, tos, falla cardíaca, hemosiderosis

 Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez E.S.E.	FORMATO CONSENTIMIENTO INFORMADO GENERAL	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	CÓDIGO	MI_AIS_IAS072F02
			VERSIÓN	02
			FECHA	22.12.2016

ANEXO DE LA RESOLUCIÓN No. 041 G DEL 9 DE FEBRERO DE 2007

(sobrecarga de hierro), anemia y falla renal; Infecciones tales como hepatitis, SIDA, enfermedad de Chagas (transmitida por la picadura del pito) y otras aún no conocidas. Se me explicó que dichos efectos pueden presentarse a pesar de que me van a transfundir sangre y/o componentes a los que se le han practicado exámenes que por disposiciones legales son necesarios para colocar el sello de calidad, y las pruebas de compatibilidad pertinentes con resultados negativos.

Autorizo a la Institución el uso de la información contenida en la historia clínica para fines académicos, investigativos, epidemiológicos y administrativos.

En constancia firmamos:

Y. Smith Juan W. G. S. Vasquez?

Paciente

Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

Jaid Carlos A

Especialista

M. S. Vasquez

DISENTIMIENTO

En uso de mis facultades y de la libertad de tomar decisiones o autodeterminación que me asiste para efectos de autorizar o no la realización de cualquier intervención o procedimiento en mi cuerpo, dejo expresa constancia de que disiento del procedimiento, cuya naturaleza, condiciones, riesgos, y alternativas me fueron explicados por el profesional POSADA VASQUEZ, GINA ANDREA

Paciente

Representante. Legal (si el paciente es menor de edad o discapacitado)

Acompañante

Especialista

911

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA	ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD ATENCIÓN DEL PACIENTE	CÓDIGO: MI-AIS-IAS072F07
			VERSIÓN: 03
			FECHA: 20/04/2022

LUGAR Y FECHA: 24.09.2022
 NOMBRE Y APELLIDOS COMPLETOS: YASMIN LORENA GIRALDO SUAREZ
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1040325349 NUMERO HISTORIA CLINICA: 1844894
 REPRESENTANTE LEGAL(Si aplica):
 DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN:

Nota: Este documento debe ser leído detenidamente, en caso de duda(s), exprésela(s) al personal que lo atiende.

Solo en caso de actuar en representación del paciente diligenciar:

Yo, _____ con C.C. _____ CE. _____ No. _____ de _____,
 actuando en representación del paciente _____ con C.C. _____,
 parentesco _____

Por medio del presente documento, manifiesto:

Que de manera detallada el personal asistencial del Hospital General de Medellín #Luz Castro de Gutiérrez", me ha suministrado la información completa, suficiente, con un lenguaje sencillo y claro, en cuanto a mi diagnóstico la naturaleza de la enfermedad y explicación del posible tratamiento que requiero para recuperar mi salud.

Declaro y dejo constancia que de manera libre, voluntaria y bajo mi exclusiva responsabilidad, acepto ingresar al Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutiérrez" E.S.E., donde se me prestará el servicio de salud; así mismo manifiesto que he sido informado(a) amplia y suficientemente sobre los posibles riesgos y beneficios en la atención de enfermería, paramédica y de soporte, donde recibiré diferentes tratamientos y procedimientos, tales como colocación de catéter venoso para la instalación de sueros y administración de medicamentos, toma de muestras, toma de radiografías u otras imágenes diagnósticas con o sin contraste, aplicación de medicamentos por diferentes vías, paso de sondas (utilización de tubos plásticos por nariz, boca o uretra), administración de componentes sanguíneos, administración de leche humana pasteurizada a los neonatos hospitalizados bajo prescripción médica, curaciones y toma de registros fotográficos de heridas, movilización e inmovilización, entre otros. Los anteriores tratamientos y procedimientos pueden generar riesgos para mi salud, tales como infección, dolor, hinchazón, hematoma (morado), reacciones alérgicas, lesiones (heridas o traumas), entre otros, que son inherentes a los procedimientos y no en todos los casos se pueden evitar debido a las condiciones particulares de cada paciente. Con la aplicación del procedimiento se genera un beneficio consistente en el restablecimiento de la salud, que se reitera depende de las condiciones particulares de cada paciente.

Para todos los efectos legales y de acuerdo con lo anterior, exonero al Hospital General de Medellín "Luz Castro de Gutiérrez" E.S.E, de toda responsabilidad civil, penal, administrativa, laboral y contractual, por cualquier tipo de lesión o inconveniente de salud que se presente durante mi permanencia en las instalaciones en relación con las citadas actividades.

Igualmente, manifiesto que se me ha advertido que tengo unos deberes y obligaciones desde mi ingreso a la Institución los cuales debo cumplir para contribuir a mi recuperación, tales como: dar al personal de salud toda la información veraz y completa sobre mi enfermedad y en general sobre mi estado de salud y cualquier cambio que se presente durante mi estancia en la Institución y luego de salir de ella. Así mismo que debo acatar las instrucciones del personal de salud tales como: suministro de medicamentos, necesidad de acompañante, llamado a enfermería, solicitar acompañamiento para mis desplazamientos, cumplir normas de aislamiento y de alimentación, y cumplir mis deberes administrativos ante la Institución Conozco que el Hospital General de Medellín desarrolla actividades formativas con estudiantes de la salud y por tanto autorizo a la institución para la utilización de la información consagrada en la historia clínica para fines académicos y de investigación, así mismo autorizo para que durante mi atención participe recurso humano en formación.

Firma del personal de salud que entrega información

Yasmin Lorena Giraldo Suarez: 1040325349.

CC/huella:

AUTORIZO

NO AUTORIZO

 CC/huella:

 CC/huella

NO ACEPTA Y SE REHUSA A FIRMAR

CC/huella

RECOMENDACIONES AL ALTA:

Declaro que he recibido el documento de recomendaciones especiales que debo seguir luego de mi salida del Hospital y en caso de llevar instalado algún dispositivo, las he entendido, he tenido la posibilidad de hacer preguntas y conozco mi obligación de cumplirlas al pie de la letra, pues han sido resueltas mis inquietudes y me han sido explicados los riesgos de no acatarlas. De igual manera, manifiesto que me han sido explicados los signos y síntomas de alarma para consultar.

Firma del paciente o acudiente
CC/huella:

Firma del personal de salud que entrega información
CC/huella: