

# Consentimiento Informado Intervenciones Quirúrgicas

[Consentimiento Informado Implantes Mamarios](#) | [Consentimiento Informado Rinoplastia](#) | [Consentimiento Informado Lipoaspiracion](#) | [Consentimiento Informado Abdominoplastia](#) | Más [consentimientos informados](#)

\* SOLO EJEMPLO de Consentimiento Informado.

**\*IMPORTANTE:** el presente artículo no pretende ser modelo para uso en ninguna actividad ni por ninguna institución o profesional, sino que ha sido diseñado exclusivamente para que los lectores puedan visualizar un ejemplo parecido a este tipo de documento legal. Los Consentimientos Informados originales deben ser personalizados y deben estar escritos de acuerdo a las leyes de cada país o estado. Centro Médico RP no se hace responsable del uso indebido de este material.



CENTRO MÉDICO RODRIGUEZ PALACIOS

## CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Fecha.....

Paciente (nombre y apellido).....

Edad.....DNI.....Historia Clínica No.....

Dirección.....

.....Teléfono.....

1. Yo por la presente autorizo al Dr./ Dra. ....  
y a su equipo quirúrgico a realizar la operación conocida como .....  
en.....  
(nombre y apellido del paciente o en mi persona)

2. La intervención mencionada me ha sido totalmente explicada por el cirujano, entendiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención.

Los siguientes puntos me han sido especialmente aclarados:

- a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.
- b) Todos los pacientes fumadores tienen un riesgo incrementado de sufrimiento de la piel de la región operada.
- c) Las complicaciones que pueden originarse por intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, trastornos de la sensibilidad nerviosa, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar, etc.....

3. Reconozco que durante el curso de la operación y excepcionalmente, condiciones imprevistas pueden desencadenar cuadros severos con peligro de muerte que requieren intervenciones extras o diferentes de las acordadas anteriormente, por lo tanto autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado, o quién el designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos como estudios anátomo-patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización

concedida se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.

4. Doy mi consentimiento a la administración de anestesia, aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de un especialista en anestesia con la excepción de.....

.....  
(ninguna o alguna en particular)

5. Soy conciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco de que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, acepto que escapa de las posibilidades del cirujano garantizar dichos resultados.

6. Doy mi consentimiento a ser fotografiado o filmado antes, durante y después del tratamiento siendo este material propiedad del cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuesto con propósitos médicos educacionales.

7. Autorizo a que el cirujano o quién el designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio.

8. Acepto cooperar con los cuidados postoperatorios indicados por el cirujano y su equipo, hasta poseer el alta médica definitiva.

9. Doy fé de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico quirúrgicos ni ser alérgico excepto a.....

.....  
10. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano nombrado a realizarme la cirugía mencionada. En prueba de conformidad con todo lo expuesto, suscribo el presente en presencia de ..... testigo de este acto, quien también firma al pie.

El paciente -a continuación- escribe de puño y letra el siguiente texto:  
“Dejo constancia que comprendí el contenido de este consentimiento”.

.....  
.....

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL CIRUJANO

Aclaración de Firma

Aclaración de Firma

FIRMA DEL TESTIGO

Aclaración de Firma

DNI:.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR

El paciente es un menor de ..... años de edad y nosotros los firmantes somos: los padres, Tutor (es) o encargado (s) del paciente y por la presente autorizamos a él.