

# Consentimiento Informado

## Implante de Marcapaso

Fecha: \_\_\_\_\_

### Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos representante legal: \_\_\_\_\_

### Objetivo:

- Esta operación permite evitarle al paciente que sufra paros cardíacos, o acelerarle el pulso, según sea la enfermedad. Por estas razones se trata de un tratamiento de gran importancia para el paciente, y que incluso le puede salvar de la muerte súbita.
- No hay ningún otro procedimiento quirúrgico que consiga estos objetivos con la seguridad y eficacia de la implantación de un marcapaso.

### Características:

- La implantación de marcapaso es una operación con anestesia local, de aproximadamente 1 hora de duración.
- Que implica la colocación de un electrodo estimulador en el interior del corazón y un generador de pulso (muy pequeño) en el tórax, bajo la clavícula.
- El electrodo se coloca a través de una vena, por punción, y no es doloroso.
- Todos los médicos que practican la operación en nuestro servicio, tienen una larga experiencia en hacerla o están adecuadamente adiestrados.
- El cardiólogo especialista que suscribe, se compromete a efectuar el procedimiento según las normas establecidas, con la mayor seguridad posible y poniendo en él lo mejor, aún cuando no pueda garantizar el éxito en un 100%.

### Riesgos Generales y Específicos del Procedimiento:

- Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas.
- Riesgos poco graves y frecuentes:
  1. Infección o sangrado de la herida quirúrgica.
  2. Hematoma.
  3. Dolor prolongado en la zona de la operación.
  4. Cicatriz hipertrófica.
  5. Flebitis.
  6. Arritmias durante el implante.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

## Declaración y Firmas:

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO / PROFESIONAL

Dr(a).: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

NEGACIÓN (RECHAZO):

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, NO LO ACEPTO, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión. al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

REVOCACIÓN:

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco/que padece el paciente.

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a).: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_