CONSENTIMIENTO INFORMADO USO DE TEJIDO PROTESIS VALVULAR CARDIACA

Fecha: Día 09 Mes 09 Año 2025

Nombre: Sulinda parra Rincon

Identificación: 41359516 de Bogota

Yo Sulinda Parra Rincón, con identificación _____ entiendo que la Cirugía de Injerto de Prótesis Valvular Cardiaca incluye posibles e inherentes riesgos tales como:

1. PROPÓSITO: entiendo que el injerto de Tejido Homoinjerto intenta corregir o reconstruir tejidos que por la patología cardiaca están dañados o alterados. comprendo cuáles son las posibles consecuencias de tener un injerto de tejido tales como infección
2. INFECCIÓN: A pesar de ser un procedimiento estéril y de los cuidados establecidos para tal procedimiento es posible que una infección ocurra en el posoperatorio y que puede interferir en el éxito y/o longevidad del injerto. En ocasiones de naturales muy severa, cuando hay síntomas asociados como fiebre se debe recibir atención pronta. es responsabilidad del paciente informar al cuerpo médico respecto a cualquier eventualidad.
3. Factores adicionales como fumar o consumir alcohol o enfermedades asociadas como la Diabetes pueden afectar el proceso de adaptación del injerto limitando el éxito del implante del tejido.
4. Complicaciones relacionadas pueden incluir reacciones adversas al tejido, reacciones adversas a medicamentos, retraso en la adaptación del mismo. Entiendo que no existe un método para predecir la capacidad de adaptación y/o cicatrización del tejido en cada paciente, por lo cual no hay tampoco un método para predecir el resultado final, en algunos casos puede ser necesario procedimientos adicionales para lograr el objetivo deseado.
5. Posibilidad de fracaso: entiendo que según la adaptación y resultado final así como la interferencia de situaciones como las mencionadas puede presentarse fracaso del injerto llegando a requerir nueva cirugía para recambio del injerto
6. Entiendo que es absolutamente necesario realizar los seguimientos y controles médicos y/o paraclínicos recomendados por el personal médico, es responsabilidad del paciente diligenciar trámites administrativos de autorización de citas ante Entidad Aseguradora en Salud y agendar y asistir a los controles respectivos.
7. Puede ocurrir reacciones adversas inusuales al tejido o medicamentos administrados o prescritos.
8. Para los pacientes que requieren manejo farmacológico con medicamentos como anticoagulantes o antiagregantes puede existir un riesgo inherente asociados sangrado y/o complicaciones derivadas que puedan afectar el tejido y su funcionamiento o cualquier otro órgano vital.
9. Reconozco y acepto que es mi responsabilidad informar de forma completa al grupo médico mi condición de salud, cualquier alergia, situación adversa o eventualidad presentada en el proceso previo, durante y después al implante del tejido. Así mismo entiendo que es mi responsabilidad asistir a controles indicados y buscar la atención médica pertinente y oportuna en caso de alguna situación de urgencia. estoy en condiciones de cumplir con todas las instrucciones, indicaciones y recomendaciones que me ha sido explicadas antes, durante y después del injerto.

Meril | LOT DFAST | SN A21DFA87057 | REF DDL21A | 2025-01-03 | 2027-01-02 | Dafodil™ Pericardial Bioprosthesis

(01)18904224914305(17)270102(21)A21DFA87057 RU7142102

Implant Date :
Surgeon :
Patient :

Doy constancia que se me ha explicado en lenguaje sencillo, claro y totalmente entendible cada uno de los puntos anteriores, además se me ha permitido hacer todas las preguntas necesarias y explicado que se emplearán todos los esfuerzos materiales y humanos disponibles para que mi operación o procedimiento sea exitoso y sin complicaciones, sin embargo, como en todo acto quirúrgico, no se puede garantizar un resultado específico.

Con la información recibida, manifiesto que autorizo a los médicos del Hospital Cardiovascular de Cundinamarca la realización del (los) procedimiento(s), o cirugía(s).

X 41.389.576
C.C.
Paciente Yolinda Parra

X 23.874.018 Paipa
C.C. Martha C. Parra R.
Acudiente o testigo

USO DE HUELLA DACTILAR: Certifico que se ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Firma del médico
R.M. 79154454

El paciente o acudiente consiente autoriza que los datos registrados en la Historia Clínica sean utilizados en posibles procesos de investigación. El no consentir el uso de la información Clínica para los procesos de investigación, no afecta la calidad del manejo del paciente.

X 41389-576
C.C.
Paciente Yolinda Parra

Firma del médico.
R.M. 79154454

X 23.874.018 Paipa
C.C.
Acudiente Martha C. Parra R.

C.C.
Testigo

Firma: