

**Documento de información  
y consentimiento**

---

Apellido y Nombre del paciente : \_\_\_\_\_ HC N°: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_  
Apellido y Nombre del Profesional : / \_\_\_\_\_  
Fecha: 16/10/2019 18:33:40  
Servicio: SERVICIO DE ORTOPEDIA  
Ambito: INTERNADO

---

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección artrosis de la rodilla y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán así como también me ha sido informado que puedo NO DESEAR recibir esta información en cuyo caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pié, o puedo autorizar a ..... DNI ..... a recibir información y a DECIDIR sobre el tratamiento al que seré sometido. Por el presente doy mi consentimiento de acuerdo a lo dispuesto por la Ley N° 26.529, su Decreto reglamentario N° 1089/2012 y sus normas modificatorias, complementarias y regulatorias para ser sometido al procedimiento, diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente:

Procedimiento 1 : artroplastia total de rodilla

Los beneficios más probables del tratamiento son: Disminucion del dolor. Rango de movilidad.

Las consecuencias de negarme al mismo son: limitacion funcional, dolor, rigidez

Los riesgos más probables del tratamiento son: consolidacion viciosa, hematoma, tromboflebitis, trastorno de la sensibilidad cutanea, osteomielitis, modificacion de los ejes de carga, reabsorcion de injerto oseo, dehiscencia de herida, reaccion injerto versus huesped, fragmentacion de injerto oseo, trombosis venosa profunda, fiebre, osteoporosis por desuso, adherencia de la herida a los tejidos profundos, alergia a los materiales de vendaje, necesidad de retiro de material de osteosintesis, infeccion superficial, intolerancia al material de osteosintesis, transmision de enfermedades infecciosas, lesion vasculonerviosa, edema, cicatrizacion hipertrofica, sindrome de dolor regional complejo, dolor, intolerancia cutanea a los antisépticos, pseudoartrosis, granulomas cicatrizales por material de sutura, eritema, infeccion profunda, aflojamiento del material de osteosintesis, fractura consolidacion retardada

La realización de esta práctica puede generar dolor. El equipo asistencial a cargo realizará las evaluaciones y tomará las medidas pertinentes para mitigarlo de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica del Hospital Italiano.

Y como posibles alternativas al tratamiento el profesional me ha propuesto: tratamiento medico sintomatico

Observaciones del procedimiento: N/A

En los casos que amerite, el profesional me informa que el tipo de anestesia que se va a aplicar y sus riesgos serán explicados en el CONSENTIMIENTO DE ANESTESIA o SEDACION. Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas por el profesional y las he comprendido, habiendo recibido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.-

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.-

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.-

**Documento de información  
y consentimiento**

EL HOSPITAL se constituye en depositario del presente consentimiento informado que incorpora a la Historia Clínica N°4748620 que se encuentra guardada bajo fieles medidas de seguridad.



-----  
Firma y Aclaración del  
Paciente o Representante



-----  
Firma y Aclaración del  
Profesional

-----  
Firma y Aclaración del  
Testigo (en el caso que No  
Sea el paciente quien firme  
El consentimiento)

**REVOCACION:**

El consentimiento que por este acto emite EL PACIENTE para los procedimientos médicos indicados es revocable hasta el mismo momento en que se comiencen a realizar los tratamientos sugeridos. Manifiesto de forma libre que revoco el consentimiento para la realización de artroplastia total de rodilla, que se me indicara oportunamente. Se me han explicado suficientemente los riesgos que podrían derivarse de esta decisión, haciéndome responsable de las consecuencias que esta decisión puede generar en mi salud.

-----  
Firma y Aclaración del  
Paciente o Representante

-----  
Firma y Aclaración del  
Profesional

-----  
Firma y Aclaración del  
Testigo (en el caso que No  
Sea el paciente quien firme