

**Definición de Consentimiento Informado:** Es la autorización que el paciente (o su representante) confiere al profesional de la salud para la realización de procedimiento en **Clínica Las Américas y sus sedes integradas en red**, previa información oportuna, clara y precisa de lo que se le va a realizar, sus objetivos, alternativas y riesgos. (Es responsabilidad del profesional de salud el correcto diligenciamiento del consentimiento).

Fecha \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía ( ), Cédula de extranjería ( ), Pasaporte ( ), Tarjeta de identidad ( ), Registro Civil ( ) otro ( ) cual \_\_\_\_\_

N°. \_\_\_\_\_

**Diagnóstico o impresión diagnóstica:** Aspirado y biopsia de médula ósea

**Descripción del Procedimiento propuesto:** Previo asepsia y anestesia local, se realizará punción en la región lumbar/glútea con el fin de acceder al hueso iliaco y tomar muestra de sangre medular por aspiración y un cilindro de hueso, usando la aguja de Jamshidi o dispositivo similar para uso diagnóstico en hematología.

**Beneficios del procedimiento que se está proponiendo:** El objetivo de este procedimiento es recolectar muestra para análisis en el laboratorio de patología. Con esa información se podrá realizar el diagnóstico de enfermedades hematológicas y no hematológicas, que en algunos casos pueden ser graves y requieren de tratamientos urgentes.

**Posibles alternativas de manejo:** \_\_\_\_\_

Esta modalidad de diagnóstico no tiene un equivalente. Otros tipos de muestras aportan menos información o tienen menor rendimiento.

**Posibles limitaciones o molestias del proceso de recuperación (a criterio del profesional):**

El aspirado y biopsia de médula ósea requieren de la colaboración del paciente en la posición decubito prono o lateral. Dicha posición puede ser incómoda. Adicionalmente, a pesar del uso de anestésico local puede haber molestia en el sitio de punción.

En cualquier momento el paciente puede solicitar sedación superficial como complemento del procedimiento para evitar o reducir la percepción dolorosa.

**Posibles complicaciones y riesgos con mayor probabilidad estadística de ocurrencia:**

Las complicaciones incluyen: hemorragia (sangrado), infección local o sistémica, siembra tumoral en el trayecto de punción, ruptura de la aguja de punción, fractura ósea, lesión de tejidos blandos, dolor agudo y crónico en el sitio de punción.

En general las complicaciones serias ocurren en menos del 0,5% de los procedimientos y pueden ser tratadas y controladas. No obstante, en circunstancias excepcionales pueden no responder al tratamiento y llevar a consecuencias graves incluyendo la muerte.

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo, \_\_\_\_\_ identificado con Cédula de ciudadanía ( ) Cédula de Extranjería ( ) Pasaporte ( ), Tarjeta de identidad ( ), Registro Civil ( ) otro ( ) N°. \_\_\_\_\_, certifico que he sido informado suficientemente sobre el procedimiento o intervención al que voy a ser sometido; conozco sus beneficios, riesgos y complicaciones; las explicaciones dadas por el profesional de salud han sido suficientemente claras y los términos científicos y técnicos me han sido explicados de tal manera que los he comprendido a cabalidad. Por lo tanto, acepto el procedimiento o intervención propuestos con sus riesgos inherentes de mayor ocurrencia y autorizo a Clínica Las Américas, sus sedes integradas en red y al profesional que lo va a realizar para que bajo su responsabilidad lo lleve a cabo y designe a los demás profesionales de la salud cuya participación sea necesaria. Asimismo, autorizo los procedimientos adicionales que puedan requerirse en el momento de su ejecución, para el manejo de complicaciones o hallazgos inesperados que llegaran a presentarse. También puedo retirar este consentimiento cuando lo estime oportuno.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Huella

**Nota:** La huella es indispensable en los casos en el que el paciente no sepa escribir, los menores de edad entre 14 y 18 años deben firmar el consentimiento en firma del paciente y se debe soportar con la firma del representante legal, familiar y/o allegado en el siguiente ítem de consentimiento informado diferido.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO DIFERIDO**

Este espacio debe ser diligenciado por el representante legal, familiar o allegado del usuario cuando este no tiene la capacidad legal para otorgar su consentimiento (menor de edad, inconsciencia, alteración mental temporal o definitiva).

Dado que el beneficiario del procedimiento es considerado incapaz para tomar o rechazar la decisión o dar su consentimiento para ejecutar el procedimiento descrito, el profesional de salud me ha explicado en mi calidad de representante legal familiar o allegado de forma clara, expresa y satisfactoria en que consiste el procedimiento, que es, como se hace para que sirve, igualmente me han explicado los riesgos y complicaciones de mayor ocurrencia que pueden conllevar las actividades programadas. He comprendido todo lo anterior y por ello de manera libre y voluntario yo \_\_\_\_\_ con el número de identificación \_\_\_\_\_ en mi calidad de \_\_\_\_\_ (parentesco); de \_\_\_\_\_ (nombre del usuario), doy mi consentimiento para que le realicen los procedimientos descritos. También puedo retirar este consentimiento cuando en bien del paciente lo estime oportuno esto siempre y cuando no se hayan adelantado ya acciones destinadas al logro del objetivo.

Firma del representante legal, familiar y/o allegado: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROFESIONAL DE SALUD QUE DILIGENCIA EL CONSENTIMIENTO**

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Sello o registro \_\_\_\_\_

**RECHAZO DEL PROCEDIMIENTO POR PARTE DEL PACIENTE (representante legal, familiar o allegado)**

Con base en la información anterior, manifiesto que NO ACEPTO el tratamiento médico, procedimiento o intervención propuestos por el profesional de salud tratante. En constancia, firmo aquí.

Nombre \_\_\_\_\_

Cédula de ciudadanía ( ), Cédula de extranjería ( ), Pasaporte ( ), Otro ( ) cual: \_\_\_\_\_ N°. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Huella