

**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:** \_\_\_\_\_

**Descripción del Procedimiento propuesto:** previa asepsia se realizará punción en la región lumbar medial para acceder a la cavidad espinal a nivel de L3-L4 y obtener líquido cefalorraquídeo (LCR) por goteo si se trata de procedimiento diagnóstico y/o para aplicación de quimioterapia si es procedimiento terapéutico.

**Beneficios del procedimiento que se está proponiendo:** con la muestra se podrán realizar diversas pruebas de laboratorio con el fin de identificar anomalías en el LCR para su tratamiento. En los casos de aplicación de quimioterapia, se disminuye el riesgo o se eliminan las células malignas en el sistema nervioso central.  
**Posibles alternativas de manejo:** \_\_\_\_\_

Como modalidad de diagnóstico y tratamiento no tiene un equivalente. Otras alternativas pueden ser más riesgosas o de 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 lateral o sentado. Dicha posición puede ser incómoda. Adicionalmente, puede haber malestar 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, cefalea postpunción, lesión de tejidos blandos, dolor agudo y crónico en el sitio de punción, desarrollo de tumores epidermoides del saco tecal, dolor lumbar y herniación cerebral.  
En general las complicaciones serias ocurren en menos del 1% 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