

# Consentimiento informado para Procedimiento con Anestesia Local

## DATOS DE IDENTIFICACIÓN

## Nº HISTORIA:

Nombre y apellidos del paciente: .....

Nombre y apellidos del representante (si procede): .....

## SOLICITUD DE INFORMACIÓN

Deseo ser informado sobre mi enfermedad y la intervención que se me va a realizar: Sí  No

Deseo que la información de mi enfermedad e intervención le sea proporcionada a: .....

## DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, tras la administración de un anestésico local, generalmente mediante inyección alrededor de la lesión localizada en ..... se realizará, en función de cada caso particular, la apertura o extirpación, parcial o completa, de la misma. En general, se cerrará la herida de la piel mediante sutura salvo que exista contraindicación (infección,...).

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Excepcionalmente puede ser necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Se podrá utilizar parte de los tejidos obtenidos con carácter científico, en ningún caso comercial, salvo que yo manifieste lo contrario.

La realización de mi procedimiento puede ser filmado con fines científicos o didácticos, salvo que yo manifieste lo contrario.

## BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO

El cirujano/a me ha explicado que, mediante esta técnica, me va a extirpar la lesión, con intención de aliviar mis síntomas y realizar un examen histológico.

## ALTERNATIVAS AL PROCEDIMIENTO

Si desea extirparse la lesión, no existe una alternativa eficaz de tratamiento.

## ¿QUÉ RIESGOS TIENE?

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 como otros específicos del procedimiento que pueden ser:

**Riesgos poco graves y frecuentes:** infección, sangrado o alteración en la cicatrización de la herida quirúrgica. Dehiscencia (apertura) de la herida. Dolor prolongado en la zona de la operación. Reacciones alérgicas locales al anestésico, como picor o enrojecimiento alrededor de la lesión.

**Riesgos poco frecuentes y graves:** reacciones alérgicas graves al anestésico, incluyendo shock anafiláctico.

**Riesgos poco frecuentes:** reproducción de la lesión.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

## RIESGOS PERSONALIZADOS

.....

## CONSECUENCIAS DE LA CIRUGÍA

Al extirpar la lesión siempre quedará una cicatriz sobre la zona de la operación.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, puede preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

Por el presente documento, el paciente queda informado de que los datos recogidos en este impreso, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento UE 2016/679, serán tratados con la única finalidad de entablar la relación sanitaria, clínica y administrativa con usted. Si lo desea tiene derecho a acceder, rectificar, cancelar y a oponerse a aquellos tratamientos que usted no desee, para ello deberá de enviar un escrito a la dirección del centro o a la dirección de correo electrónico: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es), adjuntando una fotocopia de su DNI o NIE e indicando en el asunto "Protección de Datos".

Firma del médico que informa

Dr/a: .....

Colegiado nº ..... Fecha: .....

Firma del paciente

D/Dª: .....

Fecha: ...../...../.....

D./Dª: ....., con DNI: ..... en calidad de ..... a causa de doy mi consentimiento a que se le realice el procedimiento propuesto.

Firma del representante

Fecha: ...../...../.....

En caso de denegación o revocación de este consentimiento, debe manifestarlo por escrito y entregarlo al equipo médico que le atiende.



### DIRECCIÓN

Oquendo 23 Bajo 2  
28006 Madrid  
Tel: 91 562 02 90

### CONTACTO

Tel.: 91 562 02 90  
Email: [cmed@cmed.es](mailto:cmed@cmed.es)  
[www.cmed.es](http://www.cmed.es)

### SOCIAL

/CentroMedico  
 EnfermedadesDigestivas  
 @TWCMED  
 @cmed\_es

### VIDEOCONSULTA

También disponible por  
 VIDEOCONSULTA  
Más info: [cmed.es/e.cmed.php](http://cmed.es/e.cmed.php)