

Documento de consentimiento informado para tratamiento con ELECTROCOAGULACIÓN.

Nª historia

Don/doña

dimicilio en

Don/doña

Domicilio en

En calidad de

de años de edad, con

y DNI nº

de años de edad, con

y DNI nº

de

DECLARO

Que el dr.

me ha indicado que es conveniente proceder , en mi situación,

proceder a un TRATAMIENTO CON ELECTROCOAGULACIÓN

1. El objetivo de la técnica es eliminar una lesión cutánea tejidos enfermos. El médico me ha explicado que puede ser necesaria la administración de anestesia
2. El tratamiento consiste en aplicar energía eléctrica sobre la zona a tratar.
3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor local, alteraciones del color de la piel, cicatrices e infección. También se me ha advertido que son posibles complicaciones poco frecuentes que incluyen sangrado e infección de la herida y reacción a los anestésicos empleados que pueden provocar una reacción alérgica, excepcionalmente grave, y que la calidad de la cicatriz depende además de los cuidados de la herida y de factores personales, por lo que puede quedar una cicatriz poco estética que puede requerir posteriores actuaciones.
4. Se también que debo avisar de alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonarfes, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales y cualquier otra circunstancia

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales son:

Se ha considerado este método como el más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me ha propuesto.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y se me ha permitido realizar las observaciones y aclarar las dudas que he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice tratamiento con ELECTROCOAGULACIÓN

En

Fdo. El médico
allegado

El paciente

El representante, familiar o

