 Clínica La Sabana	<b>FORMATO</b>	<b>PROCESO</b>	
		CIRUGÍA AMBULATORIA	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>
	F-CA-048	2	

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, con documento de Identificación número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, por el presente documento autorizo al Dr. (a): \_\_\_\_\_ y a los asistentes de su elección en la CLINICA LA SABANA S.A a realizar la(s) siguiente (s) intervención (es) Quirúrgica (s):

La cual se llevará a cabo el día \_\_\_\_\_


***Partiendo de la premisa de que el índice de complicaciones de las cirugías en general y en especial las de ortopedia y otorrinolaringología esta alrededor del 1%*** se me ha explicado la naturaleza y propósito de la Intervención Quirúrgica, me explicaron las alternativas de tratamiento, la técnica quirúrgica y sus posibles variaciones, aceptando que la escogida por el médico tratante es la mejor para mi caso, entendí las ventajas y desventajas de la técnica, y las posibles complicaciones que puedan presentarse, en especial la infección del sitio operatorio y la generalización de la misma, la trombosis venosa o arterial, la lesión accidental de alguna estructura vital con los elementos quirúrgicos, trastornos de la cicatrización, falla de los materiales que me sean implantados o reacción de mi cuerpo a los mismos, sangrado post operatorio, compromiso de la vitalidad del tejido intervenido, limitación de la función articular que depende en gran medida de mi proceso de rehabilitación, asimetría de longitud o angulación no deseada del hueso y en últimas alguna complicación médica que pueda llevarme a la muerte; en especial para mi cirugía el médico quiere resaltar los siguientes riesgos \_\_\_\_\_

***Adicionalmente a las posibles complicaciones habituales de la cirugía, estamos viviendo un momento difícil por la pandemia del corona virus*** y sé que me encuentro en lista para programación de Cirugía a ser realizada en **CLINICA LA SABANA S.A.** y que la oportunidad para recibir esa prestación de servicio depende de la puesta a punto de las IPS(s), para reiniciar cirugía electiva después de la cuarentena por el Covid-19. Me han explicado que las condiciones de vida fueron cambiadas por la pandemia Covid-19 y **NO MEJORARÁN SENSIBLEMENTE** antes de 18 a 24 meses cuando por lo menos el 70% de los habitantes de la tierra tengamos defensas ante el virus, ya sea porque nos infectamos o porque recibimos la vacuna.

El gobierno de Colombia definió que de acuerdo a la evolución de pandemia en Colombia es tiempo de reanudar algunas actividades y es así como la Secretaria de Salud del Distrito Capital emitió la circular 29 del 29 de abril de 2020, donde autoriza a los prestadores de salud a realizar cirugías electivas con la condición de que se realicen si la relación “**Costo beneficio**” sea favorable para el usuario.

**CLÍNICA LA SABANA S.A.** está siguiendo todas las recomendaciones emitidas en el mundo y en Colombia, para tratar de disminuir los riesgos de complicaciones por el coronavirus en el pre, trans y post operatorio y me indicó leer el Manual de **BIOSEGURIDAD DEL PACIENTE, EL PERSONAL DE SALUD Y DE LA SOCIEDAD /COVID-19**, en la página de la institución y así lo he hecho y me comprometo a cumplirlo, expresando mi voluntad a ser intervenido quirúrgicamente. Me explicaron y acepto que el patógeno denominado Covid-19, es un virus que se encuentra circulando por la comunidad, y que a pesar de todos los cuidados personales míos y de la institución **NO SE PUEDE GARANTIZAR**, que no se presente durante el tiempo de mi transoperatorio, antes, durante o después de la cirugía la presentación de una contaminación con el virus del Covid-19, Teniendo en

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Directora de Enfermería	Dirección de Calidad	Director Científico

 Clínica La Sabana	<b>FORMATO</b>	<b>PROCESO</b>	
	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA	CIRUGÍA AMBULATORIA	
		<b>CÓDIGO</b> F-CA-048	<b>VERSIÓN</b> 2

cuenta que la transmisión del virus se puede dar a partir de un portador asintomático incluso en los pocos días que se den entre la toma de mi examen molecular para Covid-19, y la cirugía y contando con que la prueba sea negativa.

Tengo la potestad de aceptar o no lo aquí consignado y para ello firmo en el campo respectivo. He expresado la verdad en relación a mis posibles contactos con pacientes Covid-19

Certifico que el documento y su finalidad me ha sido explicado en su totalidad, que lo he leído o me lo han leído y que entiendo perfectamente su contenido, se me han explicado las manifestaciones clínicas del covid y los cuidados obligatorios en las últimas dos (2) semanas previas a la cirugía, conducta con la cual estoy cumpliendo el deber de autocuidado.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y ellas han sido contestadas satisfactoriamente y así mismo se me ha explicado que no es posible garantizar los resultados esperados en mi intervención. Mi Médico tratante queda autorizado para ordenar la disposición de los componentes anatómicos que sean retirados de mi cuerpo previa toma de muestra o partes adecuadas con destino a exámenes Anatomopatológicos para cuya realización asumiré los costos si fuere necesario.

Entiendo que en el curso de la Intervención Quirúrgica pueden presentarse situaciones imprevistas que requieren procedimientos adicionales o remisión a una Institución de mayor nivel de complejidad por lo tanto autorizo la realización de dicho procedimiento y/o intervención o la remisión a un nivel de complejidad superior si el criterio medico así lo define y juzgue pertinente y necesario.

Acepto que tengo conocimiento de la idoneidad Técnico Científico que en la **CLÍNICA LA SABANA S.A** se me ofrece a través de los profesionales de la salud. Cumpliré con las indicaciones Médicas ordenadas entendiendo la importancia de las mismas para el progreso de mi salud.

Finalmente Certifico que he leído, comprendo lo anteriormente anotado y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi voluntad de manera libre y espontánea

Consiento SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

Nombre

C.C.

\_\_\_\_\_  
Nombre del testigo

Firma del testigo

C.C.

**Nota:** Cuando el paciente no tenga la capacidad para recibir información y otorgar el consentimiento, las manifestaciones de este contenidas en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa legalmente para cuyos fines lo suscribe

Dejo constancia que he explicado la naturaleza, propósitos, ventajas, riesgos, de la intervención quirúrgica citado en el numeral 1 y he contestado las preguntas que el paciente o persona responsable me ha formulado

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Médico

Registro Médico

ELABORADO	REVISADO	APROBADO
Directora de Enfermería	Dirección de Calidad	Director Científico