

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LUXACIÓN  
RECIDIVANTE DE HOMBRO**

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

**PACIENTE**

Yo, Sr./Sra. [redacted] de [redacted] años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica N° [redacted] DNI N° [redacted]

con domicilio en [redacted]

**REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO**

Yo, Sr./Sra. [redacted] de [redacted] años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

con domicilio en [redacted]

DNI N° [redacted] en calidad de [redacted] del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

**DECLARO**

Que el Dr./Dra. [redacted]

N° de Colegiado [redacted] me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

Las complicaciones del tratamiento quirúrgico de la LUXACIÓN RECIDIVANTE de hombro son:

- a) Lesión de vasos de la extremidad.
- b) Lesión de nervios de la extremidad, que puede condicionar una disminución de la sensibilidad o una parálisis. Dicha lesión puede ser temporal o definitiva.
- c) Anemia postoperatoria que puede requerir una transfusión sanguínea. El servicio de Hematología le informará de los riesgos de la misma.
- d) Obstrucción venosa con formación de trombos e hinchazón de la pierna correspondiente que, en raras ocasiones, se complica con dolor torácico y dificultad respiratoria (embolia pulmonar) y que puede conducir incluso a la muerte.
- e) Infección de la herida.
- f) Reparición de la luxación a pesar del tratamiento quirúrgico.
- g) De forma poco habitual pueden existir otras complicaciones, como cuadro de insuficiencia respiratoria aguda (embolia grasa), inflamación importante desde la zona de la operación hacia el extremo de la extremidad, que puede provocar lesiones de los vasos o los nervios, así como alteraciones musculares irreversibles (síndrome compartimental), producción de una fractura a un nivel no deseado, rigidez articular, retardo o ausencia de consolidación.

#### 5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Como alternativa al procedimiento propuesto podrá seguir con tratamiento analgésico y antiinflamatorio, procurar limitar la actividad física, evitando los movimientos de producción de luxación y efectuar ejercicios de rehabilitación. Con dicho tratamiento sólo mejoran parcialmente los síntomas no consiguiendo, por lo general, evitar nuevos episodios de luxación de la articulación.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por mi situación actual pueden surgir tales como:

.....  
.....  
.....

Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, he entendido y acepto que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos, sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el Consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que se me realice/realice al paciente el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO:**

.....

En ..... a ..... de ..... de .....

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL,  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

**TESTIGO**

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del testigo)  
con DNI N° \_\_\_\_\_ declaro bajo mi responsabilidad que el paciente  
Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)  
ha recibido la hoja de información  
que le ha entregado el Dr./Dra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **LUXACIÓN RECIDIVANTE DE HOMBRO:**

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

**REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

**REVOCO** el Consentimiento prestado en fecha: \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO