

**Hospital Universitario Ramón y Cajal**  
Comunidad de Madrid

**HOSPITALIZACIÓN**

**CONSENTIMIENTO INFORMAL**

**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA**

SERVICIO: CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

MÉDICO QUE INFORMA: APELLIDOS: [REDACTED] NOMBRE: [REDACTED]

D./Dña. [REDACTED], como paciente y/o  
D./Dña. [REDACTED], como su representante legal,  
declaran:

HE SIDO INFORMADO/A sobre mi enfermedad, siendo el **DIAGNÓSTICO PROBABLE** de Colangiocarcinoma  
consistente en Hepatocarcinoma por lo cual se ha propuesto el tratamiento quirúrgico  
existen otros procedimientos quirúrgicos posibles, como: Hepatocarcinoma, explicándome que

Se me ha explicado que existen riesgos:

**RIESGOS GENERALES:**  
Inherentes a toda intervención quirúrgica debidos a procedimientos anestésicos, reacciones  
transfusionales, reacciones alérgicas medicamentosas, lesiones accidentales de vasos, nervios o  
visceras. Hemorragia, infección, infarto de miocardio, embolia de pulmón, lesiones posturales o debido  
a la movilización, etc.

**RIESGOS PROPIOS** de la intervención planeada: Intubación, sangrado, infección, lesión de  
arteria, lesión de vena, lesión de pulmón, lesión de hígado, lesión de bazo, lesión de  
riesgos propios del paciente debido a enfermedades asociadas: Diabetes

Además se me informa de la posibilidad de que existan secuelas asociadas al procedimiento  
quirúrgico, siendo en mi caso las más probables:

El paciente D./Dña. [REDACTED]  
o su representante legal declara que:

- HA RECIBIDO INFORMACIÓN sobre el procedimiento propuesto y sus posibles alternativas.
- ESTÁ SATISFECHO con la información recibida y ha tenido posibilidad de aclarar todas sus dudas sobre el tema.
- DOY MI AUTORIZACIÓN para que el excedente de tejido no imprescindible para su correcto diagnóstico histopatológico pueda ser usado en proyectos de investigación de forma anónima, bajo la supervisión, si fuera necesario, del correspondiente Comité de Ética.
- CONCEDE SU CONSENTIMIENTO para que se le realice el procedimiento previsto y conoce su derecho a revocar dicho consentimiento en cualquier momento previo a la realización del mismo sin necesidad de tener que explicar sus causas.

Madrid, 8 de Mayo de 2017

Fdo: [Signature] EL INTERESADO O RESPONSABLE LEGAL

Fdo: [Signature] EL MÉDICO INFORMANTE

Escaneado con CamScanner

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Informed Consent Document signed by the patient prior to surgery