



HOSPITAL UNIVERSITARIO "Dr. José Eleuterio González"

Francisco I. Madero pte. y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, C.P. 64460
Monterrey, N.L. Tel: (81) 83-89-11-11

Favor de escribir la nota de acuerdo a la NOM-004-SSA3-2012, numerales 10.1 al 10.1.4 (sin abreviaciones, sin faltar fecha, hora, nombre completo y firma de quien realiza)

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

El que suscribe PALOMA J. REYNA MAGALLANES (MADRE) doy mi consentimiento al médico tratante responsable de mi hospitalización, a (los) interconsultante(s) que él decida involucrar, para que en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" se me realice(n) (en mi/o la persona representada) el(los) procedimiento(s) que están indicado(s) en el presente consentimiento.

Señalar en el cuadro correspondiente Si en el procedimiento autorizado, No en el procedimiento no autorizado, completando todas las casillas.

☒ Procedimiento quirúrgico: Reducción abierta + osteosíntesis de tuberosidad tibial anterior de rodilla izquierda y reparación de tendón rotuliano izquierdo con sutura y anclas metálicas.

☐ Procedimiento(s) especiales: _____
☐ Utilización de sangre y hemoderivados. _____
☐ Resección parcial o total de extremidad: _____
☐ Diálisis: _____ Válido de fecha _____ a _____

Que consiste en: Realizar una incisión en la piel para llegar a la fractura y poder acomodarla en su sitio y fijarla con un tornillo así como reparar el tendón rotulado con sutura y volver a fijarlo al hueso.

Riesgos: Sangrado, infección de la herida, lesiones de arterias, nervios o venas, dolor postquirúrgico y en casos severos imposibilidad para reparar las estructuras dañadas.

Beneficios: Mejoría clínica, recuperación de la función de la rodilla, mejoría funcional, consolidación de fractura.

Alternativas de tratamiento relevantes: Fijación percutánea, pero debido a naturaleza de la lesión es preferible una reducción abierta.

Riesgos en función de la situación personal del paciente

Ningun riesgo en particular, solo los mencionados en la sección de arriba inherentes al procedimiento quirúrgico.

Manifiesto (manifestamos) que he (hemos) sido informado(s) y que yo (nosotros) entendí (entendimos):

- a) Los fines y alcances de este documento.
- b) La naturaleza de (los) procedimiento(s) diagnóstico y/o terapéutico - quirúrgico que se me propone(n).
- c) Las alternativas posibles.
- d) Los riesgos inherentes a los procedimientos (peligros, fracasos, riesgos que implica el no llevar a cabo el(los) procedimientos), además de los beneficios del mismo.

Comprendo y declaro mi conformidad y autorización para que se me practique el(los) procedimiento(s).

Sra. Paloma J. Reyna Magallanes (Madre)

Nombre y firma del paciente, familiar autorizado o representante legal.

Sr. Ernesto Ortiz de la Rosa (Padre)

Nombre y firma de testigo 1.

Dr. Rodolfo Morales Avalos Ced. Prof. 9481443

Nombre y firma del médico tratante.

Hector Noe Guadalupe Silva Ramos

Nombre y firma de testigo 2.

Monterrey, Nuevo León a 15 de Enero de 2019.

USO EXCLUSIVO EN AUSENCIA DE FAMILIAR Y/O RESPONSABLE

Nosotros los médicos hacemos constar que el paciente mencionado en el recuadro superior es incapaz de dar su consentimiento y carece de familiar y/o responsable legal para autorizar el procedimiento arriba mencionado.

Nombre y firma del médico tratante 1.

Nombre y firma del médico tratante 2.