

3.- EXAMPLE PATIENT CONSENT FORM

Ejemplo de muestra de Forma de Consentimiento del Paciente

Por medio de la presente autorizo al Dr. _____ para que trate mi vena safena por medio de la técnica de ablación de radiofrecuencia endovenosa, también conocida como el procedimiento VNUS Closure®. El me ha explicado que el aparato que se utiliza para realizar este procedimiento se conoce como el sistema VNUS Closure; que es un producto que esta disponible de forma comercial, y que se utiliza específicamente para este propósito.

El Dr. _____ me ha explicado que los síntomas comunes de las venas varicosas, como la pesadez y el dolor después de haber permanecido de pie por largo tiempo, son síntomas provocados por el mal funcionamiento de las válvulas en la vena safena (la venas principal del sistema superficial en el muslo y la pantorrilla). El tratamiento satisfactorio de los síntomas de las venas varicosas, se logra usualmente al cerrar la vena safena. Aunque el tratamiento de la vena safena usando el procedimiento VNUS Closure deberá reducir la presión en mis venas varicosas, y por lo tanto aliviar muchos de mis síntomas, entiendo que este consentimiento para el procedimiento VNUS Closure para el tratamiento de mi vena safena no incluye el quitar las venas varicosas en sí, y es posible que las venas varicosas sean visibles después del procedimiento. También entiendo que mi compañía de seguros puede no aprobar el pago al Dr. _____ por el procedimiento de quitar las venas varicosas por razones cosméticas.

Se me ha explicado la naturaleza general del procedimiento VNUS Closure para el tratamiento de la vena safena. Entiendo que entre los riesgos conocidos de este procedimiento, están los siguientes: fallar al cerrar la vena safena, hinchazón de piernas, hematomas, flebitis leve (dolor, sensibilidad, enrojecimiento) de la vena que ha sido tratada, entumecimiento y sensación de hormigueo, quemaduras en la piel, perforación de vaso sanguíneo y embolismos pulmonares, los cuales pueden ser tratados con cirugía adicional. Estoy enterado de que además de los riesgos especificados anteriormente, hay otros riesgos que pueden acompañar a cualquier procedimiento quirúrgico, como la pérdida de sangren el período de tiempo anterior y posterior al procedimiento, infección, formación de coágulos en el sistema venoso que pueden requerir medicamento adicional, o intervención quirúrgica, según lo determine el médico.

El Dr. _____ no me ha garantizado los resultados de la cirugía, ni el estar libre de complicaciones potenciales. Yo he tenido la suficiente oportunidad para hablar acerca de mi condición, y del tratamiento propuesto con el Dr. _____ y todas mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Tengo el conocimiento adecuado para dar un consentimiento informado para mi tratamiento.

Nombre del Paciente

Testigo