

Nombre del paciente.....
Nombre de los familiares/terceros.....
Nombre del médico tratante.....

DOCUMENTO DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán.- También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información.- (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pie).-

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente: (tachar lo que no corresponda)

- Tiroidectomía Subtotal**
- Tiroidectomía Total**
- Cirugía de Glándulas Paratiroides**

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescrito, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles.- Los riesgos más destacables son los siguientes:

- Hematoma cervical postoperatorio, con posible compromiso respiratorio
- Lesión transitoria o definitiva del o de los nervios recurrentes (nervios motores de las cuerdas vocales), con posible alteración del tono y volumen de la voz
- Lesión del nervio laríngeo superior (sensibilidad de la mucosa faríngea e inervación laríngea), con posibles alteraciones deglutorias y del volumen de la voz
- Pérdida de una o más glándulas paratiroides (responsables en parte del metabolismo cálcico), con posible hipocalcemia (calcio bajo en sangre), definitivo
- Secuela cicatrizal en piel de cuello

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....

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

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.-

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.-

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.-

Fecha:.....

Firma del paciente

Negativa a recibir información: Firma.....

Firma de familiares o allegados

Negativa a recibir información: Firma.....

Firma del médico: