

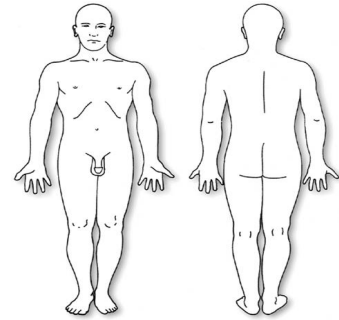
# COALICION TARSIANA.

DATOS DEL PACIENTE (O etiqueta identificativa)

**NHC:**

**Nombre**

**Apellidos:**



Marque la zona a intervenir

Este documento explica de una manera sencilla y con un lenguaje apropiado el tipo de intervención quirúrgica que se va a realizar así como los riesgos derivados de la misma. Es necesario que usted entienda estos riesgos y firme el presente documento, dando así su consentimiento para la realización de la cirugía. En caso de presentar alguna duda consúltela a su equipo quirúrgico antes de firmar el documento.

Debe conocer que toda intervención quirúrgica posee un margen de incertidumbre, que obliga al médico a decidir la actuación más adecuada en cada momento con independencia del acto médico inicialmente programado.

### EXPLICACIÓN SENCILLA DEL PROCEDIMIENTO

A través de incisión en la piel separando tendones vasos y nervios se llega a los huesos anormalmente unidos. Se extirpa esa unión anómala y se interpone grasa u otras sustancias para que no se vuelvan a unir.

### CONSECUENCIAS SEGURAS

Cicatriz en la piel. Inmovilización durante unas semanas. Pesado proceso de fisioterapia.

### DESCRIPCIÓN DE RIESGOS DERIVADOS DE LA INTERVENCIÓN

**Riesgos típicos.** Infección de la herida quirúrgica, planos profundos o ósea.

**Riesgos poco frecuentes o excepcionales pero que se consideran graves.** Lesión vascular nerviosa o tendinosa. Recidiva de la barra ósea. Recuperación funcional incompleta.

**Riesgos personalizados** .....

### ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

Agotado el tratamiento médico y fisioterápico, no existen otras alternativas eficaces de tratamiento.



Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas y habiendo recibido respuesta a todas mis preguntas y tomado la decisión de manera libre y voluntaria. Por lo que firmando el presente documento doy autorización para la realización de la cirugía indicada:

Nombre y DNI del progenitor o representante legal:        Fecha y firma	Nombre del médico que informa:        Fecha y firma
---	---

He comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo, y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas y habiendo recibido respuesta a todas mis preguntas y tomado la decisión de manera libre y voluntaria. Por lo que firmando el presente documento doy autorización para la realización de la cirugía indicada:

**Fecha y firma del progenitor,  
Representante legal o paciente**  
(según proceda\*)

**Fecha y firma del médico**  
(Nombre y nº colegiado)

\* En caso de **pacientes menores de edad**, según disponen los artículos 8,9 y 10 de la Ley 41/2002, del 14 de Noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica:

Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con **dieciséis años** cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

Marcar según corresponda:

- Denegación de consentimiento informado
- Revocación de consentimiento informado

Fecha, firma, nombre y DNI de la persona que deniega / revoca el consentimiento.