



NO SE LE PERMITE TOMAR FOTO A ESTE DOCUMENTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

_____ a ____ de _____ del _____.

Hora de ingreso: _____

Este es un documento de consentimiento informado, para notificarle sobre el procedimiento quirúrgico que se llevará a cabo:

Donde se me explicarán sus riesgos y el tratamiento indicado por el medico a cargo.

Es importante que lea ésta información cuidadosamente y completa. Favor de colocar su firma o media firma en cada página, indicando así que ha leído y firmado el consentimiento del procedimiento quirúrgico a realizar.

EL M.V.Z puede proporcionarle información adicional basada en todos los hechos de su caso particular, la práctica de la medicina y de la cirugía no es una ciencia exacta y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse. La firma de este documento solo tiene como objeto demostrarle que usted está informado del procedimiento que ha elegido y solicitado y de las posibles complicaciones y riesgos de la operación, no implica nada más.

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Especie: _____ Raza: _____

Sexo: _____ color: _____

Chip o señas en particular: _____





DATOS DEL PROPIETARIO:

Nombre: _____

Dirección: _____ C.P. _____

Tel: _____ email: _____

#ID: _____

ANESTESIA: tanto la anestesia local como la anestesia general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones que pueden llegar a ser mínimas o poner en riesgo la vida del paciente. Como por ejemplo: reacciones anafilácticas irreversibles a dichos anestésicos empleados pre, durante y post cirugía, entre otras. Clasificando a cada paciente dentro de un riesgo anestésico ASA correspondiente.

DOLOR: Pudiéndose manifestar de distintas intensidades y duración en cada paciente, causar depresión, postración, letargo, restricciones de actividades y movimientos, estrés y desajustes conductuales, etc.

INFECCIÓN: pudiendo ocurrir en cualquier procedimiento quirúrgico y momento después de este, dependiendo ya las condiciones de alojamiento del propietario. Aceptando continuar con las indicaciones que el equipo de médicos indique según cada caso de cada paciente.

HEMATOMA / SEROMA: hematoma como colección de sangre y seroma como la colección de suero en la sangre. Pueden contribuir a contracturas capsulares y a infecciones. Si ocurre post quirúrgicamente puede llegar a causar lesiones en los tejidos adyacentes manipulados en la cirugía, y requerir una re- operación, realizándose así un drenaje que pudiera contribuir a una infección, aun con el drenaje no se garantiza la expulsión del líquido en su totalidad. El seroma pudiendo aparecer días, meses o años después de la operación causando las mismas lesiones en su caso.

CICATRIZACIÓN: la cicatrización excesiva (queloides o hipertrófica) es infrecuente. Estas pueden ser inestéticas o de diferente color y textura al de la piel circundante.

RETARDO EN LA CICATRIZACIÓN: debido a una falla en el mecanismo natural del proceso de cicatrización del cuerpo para el cierre de heridas pudiera requerir tratamiento adicional.





REACCIONES ANAFILACTICAS: en casos raros se han descrito alergias locales a la tela adhesiva, material de sutura, vicryl, nylon, etc. O líquidos tópicos ocupados en su caso para el embrocado del paciente, pudieran ocurrir reacciones sistémicas que llegan a ser graves, frente a medicaciones usadas o después de la cirugía, estas requerirían tratamiento adicional.

IMPORTANTE EN CASO DE DESCESO: los pacientes intervenidos quirúrgicamente sin previo exámenes de laboratorio (pre-quirúrgico), tienden a presentar una alta probabilidad de mortandad durante la inducción anestésica, tanto como quirúrgica catalogándolos en riesgo anestésico alto. Así como de los que se desconoce historia clínica o hábitos y el lugar en donde vive. Dicho esto con anterioridad el paciente ingresa al procedimiento quirúrgico con un diagnóstico de reservado a desfavorable.

Se me ha sido explicado de forma comprensible y se me han dado las posibilidades de preguntar todo lo que quería saber para otorgar libremente la realización del procedimiento. Entendí los procedimientos alternativos, riesgos y consecuencias por mi propia voluntad.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía en cuanto al resultado que puede ser obtenido. Y que en caso de deceso **no** atenderé en contra del personal involucrado, ni física, emocional o virtualmente. Doy el consentimiento para la administración de anestésicos y medicamentos que se consideren necesarios o aconsejables, comprendiendo las posibles complicaciones e inclusive pérdida de vida del paciente. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico y anestesia, pueden darse complicaciones imprevistas que necesiten procedimientos adicionales o diferentes a lo planeado. Autorizo al equipo de profesionales a realizar estos procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable, optando por la mejor opción para mi mascota.

Entiendo que al tratarse de un procedimiento médico quirúrgico no se puede controlar totalmente el procedimiento ni la recuperación del paciente, y consiento ser transferido a cualquier hospital a elección y criterio del equipo médico si es que dicha transferencia la consideran necesaria.

Me haré cargo de todos los gastos económicos que requieran esas situaciones y tratamientos, así como de los gastos adicionales y asociados tanto para corrección de la complicación como de resultado insatisfactorio.





Ante cualquier complicación autorizo al personal de equipo médico a realizar cualquier maniobra extraordinaria para salvaguardar la vida del paciente, excluyendo cualquier garantía y deslindando responsabilidades después de haber explicado todas las posibles complicaciones.

Después del paciente haber sido dado de alta clínica, no se responsabiliza por la integridad física del paciente si se observa negligencia en el cuidado suministrado por el propietario.

DECLARO QUE HE INFORMADO AL CIRUJANO DE TODOS LOS DETALLES DEL HISTORIAL CLÍNICO PASADO Y PRESENTE, INCLUYENDO PATOLOGÍAS Y HÁBITOS QUE PODRIAN SUPONER ALGUNA CONTRAINDICACIÓN A AUMENTAR EL RIESGO PARA LA CIRUGÍA INCLUSIVE A LARGO PLAZO, SIN OCULTAR INFORMACIÓN. HE DECLARADO TODA LA HISTORIA CLÍNICA, INCLUYENDO TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS CONSCIENTE DE LAS ALERGIAS Y SENSIBILIDADES DE LOS FÁRMACOS. (EN CASO DE NO HACERLO U OMITIR INFORMACIÓN SOBRE AUTOMEDICACIÓN POR MI PARTE Y PRESENTARSE ALGUN TIPO DE COMPLICACIÓN O EFECTO SECUNDARIO, DESLINDANDO DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL, MORAL Y LEGAL AL MÉDICO, EQUIPO DE MÉDICOS Y PERSONAL INVOLUCRADO, QUE REALIZARÓN DICHO PROCEDIMIENTO, ASÍ COMO AL CBA, Centro de Bienestar Animal de Córdoba Y SU DIRECCIÓN DE DESARROLLO SOCIAL QUE SE ENCUENTRA BAJO LA DIRECCIÓN DEL PROF. DANIEL HERNÁNDEZ DEL ANGEL Y EL H. AYUNTAMIENTO DE CÓRDOBA. VER.

He leído detenidamente este consentimiento, el cual se me ha facilitado en lenguaje claro y sencillo. Por ello, manifiesto estar satisfecho con la información recibida, comprendiendo el alcance y los riesgos de la intervención quirúrgica. Autorizando y requiriendo el equipo de colaboradores, a realizar en mi mascota el procedimiento quirúrgico, exonerando al MVZ y establecimiento de toda responsabilidad en caso de muerte durante la cirugía debido a la susceptibilidad de animal frente al anestésico y o procedimiento.

*SI DESEA CONOCER NUESTRO AVISO DE PRIVACIDAD, LO PUEDE CONSULTAR EN: [Transparencia - H. Ayuntamiento de Córdoba, Veracruz | Avisos de Privacidad \(cordoba.gob.mx\)](#).

PACIENTE: _____

FECHA: _____

LUGAR: _____

NOMBRE Y FIRMA: _____

