**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**REDUCCIÓN CERRADA DE FRACTURAS**

Al paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Registro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_se le ha diagnosticado FRACTURA:

Diafisaria o metafisariade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Es necesario volver a colocar el hueso fracturado en una situación normal o aproximado a lo normal, procedimiento que llamamos reducción. El Médico Tratante Dr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ determina que se puede intentar la manipulación en el Servicio de Urgencias.

Para ello necesitamos controlar el dolor de la reducción mediante

Analgesia Sedación Anestesia

Los **beneficios** de la reducción incluyen la restitución de la anatomía, mejoría de la circulación y prevención de sus complicaciones en la extremidad y disminución del dolor provocado por la fractura.

Los **riesgos**incluyen pero no se limitan a: Trastornos del ritmo cardíaco (taquicardia, arritmias), de la presión arterial (hipertensión o hipotensión, choque), lesión ósea, ligamentaria, muscular, nerviosa, vascular, cutánea; falla de la reducción y necesidad de procedimiento quirúrgico. En caso de requerir sedación o anestesia el Médico Anestesiólogo le explicará los riesgos y beneficios de su procedimiento.

Es posible que la reducción no sea satisfactoria por manipulación cerrada, en cuyo caso será necesario un procedimiento quirúrgico abierto para lograr restablecer la anatomía de la extremidad. Los detalles serán discutidos por el cirujano en ese caso.

Una vez realizada la reducción será mantendrá con inmovilización con:

Férula Aparato de yeso Aparato de fibra

Como tratamiento: Temporal Definitivo

Los médicos del INR le han explicado al paciente y/o representante legal de manera detallada y con lenguaje que puede comprender, los procedimientos médico / quirúrgicos que se planea realizar.Cualquier procedimiento médico implica una serie de riesgos no siempre previsibles debido a diversas circunstancias que entre otra se consideran su estado físico previo, enfermedades y/o problemas coexistentes, tratamientos previos, etcétera. Y que existe la posibilidad de complicaciones debidas al tratamiento médico y / o quirúrgicas, ya que cada paciente puede reaccionar en forma diversa.Dichas complicaciones pueden ser transitorias o permanentes y pueden ir desde leves hasta severas y pueden poner en peligro la vida del paciente e incluso provocar la muerte.

He/me han leido y entiendo lo explicado en éste formato y en pleno conocimiento de los riesgos aquí informados

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Paciente** **Responsable Legal**

**ACEPTO NO ACEPTO**  el procedimiento a que hace referencia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(FIRMA Y HUELLA DIGITAL)(FIRMA Y HUELLA DIGITAL)*

*Paciente Responsable Legal*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Testigo 1 Testigo 2*

Fechado el \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ en la Ciudad de México, D.F.