**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**RETIRO DE TORNILLO DE SITUACION**

**Su Médico Adscrito indicó que el Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Registro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**con diagnóstico de** FRACTURA DE TOBILLO **requiere de que se realice el procedimiento de**

RETIRO DE TORNILLO DE SITUACION **en la Sala de Urgencia**

El procedimiento se hará mediante aseo y asepsia, aplicación deANESTESIA LOCAL

y uso de INTENSIFICADOR DE IMÁGENES o Rayos X.

**Los riesgos** que existen pueden ser variables y éstos pueden ser: Inherentes a la administración de medicamentos o bien al procedimiento quirúrgico, que incluso sea imposible el retiro del Tornillo de Situación, por lo que sea necesario otro procedimiento quirúrgico; en su caso será informado por el Médico tratante.

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/O HUELLA DIGITAL) (FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL)***

***Paciente Responsable Legal***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 ***Testigo 1 Testigo 2***

**Fechado el \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ en la Ciudad de México, D.F.**