



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

Esta información se le proporciona para que usted pueda decidir con fundamento si someterse o no a una **cirugía de reemplazo de cadera (artroplastia de cadera)**.

Razón y propósito del procedimiento:

Un reemplazo de cadera es una operación que se realiza para tratar el dolor y la rigidez asociada con la artritis de la cadera. También se puede realizar para otras afecciones, incluida la necrosis avascular y fracturas de la cadera. Se extirpa la cabeza dañada del fémur y se reemplaza con superficies de metal, plástico o cerámica para restaurar la función de la cadera. El objetivo del reemplazo de cadera es:

- Reducir el dolor
- Mejorar la función

Beneficios de esta cirugía:

Usted puede recibir los siguientes beneficios. Su médico no puede prometerle que recibirá alguno de estos beneficios. Solo usted puede decidir si los beneficios valen la pena el riesgo.

- Reducción del dolor
- Mejor función durante las actividades normales
- Mejor calidad de vida
- Es posible que pueda reducir la necesidad de tomar medicamentos para el dolor

Riesgos de la cirugía:

Ningún procedimiento está totalmente libre de riesgos. Algunos riesgos son bien conocidos. Puede haber riesgos no incluidos en la lista, que su médico no pueda anticipar.

Riesgos generales de la cirugía:

- **Zonas pequeñas de los pulmones podrían colapsarse.** Esto aumentaría el riesgo de infección. Esto podría requerir tratamientos con antibióticos y de respiración.
- **Podría ocurrir una sobrecarga en el corazón o una apoplejía.**
- **Podría producirse sangrado.** Si el sangrado es excesivo, podría necesitar una transfusión.
- **Podría ocurrir una reacción a los anestésicos.** Las reacciones más frecuentes son náuseas y vómitos. En casos muy poco frecuentes, podría ocurrir la muerte. El anestesista hablará con usted sobre estas reacciones.

Riesgos de esta cirugía:

- **Las infecciones son poco comunes, pero graves cuando ocurren.** Pueden requerir otras operaciones y antibióticos para tratarlas. A veces es necesario retirar la nueva cadera para curar la infección.
- **El dispositivo puede aflojarse o desgastarse con el paso del tiempo.** Esto puede ser doloroso y requerir cirugía adicional para tratar el problema.
- **El dispositivo puede dislocarse.** Esto puede ser doloroso y requerir hospitalización para volver a colocar el dispositivo.
- **Pueden producirse diferencias en el largo de la pierna y por lo general son menores.** Las diferencias más importantes pueden requerir un realce en el calzado.
- **Puede ocurrir daño a los nervios y las arterias.** El daño a los nervios puede causar adormecimiento o debilidad en la pierna. El daño a las arterias puede causar sangrado excesivo y requerir reparación.



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

- **Coágulos de sangre. Se podrían formar coágulos en las piernas, que producen dolor e hinchazón.** Estos se llaman trombosis venosa profunda o DVT por sus siglas en inglés. Con muy poca frecuencia, parte del coágulo podría desprenderse y dirigirse a los pulmones. Esto puede ser mortal.
- **Es posible que no se puedan aliviar los síntomas.** Existe la posibilidad de que la cirugía no alivie el dolor ni la rigidez de la cadera.

Riesgos asociados con Fumar:

El tabaquismo está vinculado a un mayor riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de trombosis venosa profunda.

Riesgos asociados con la Obesidad:

La obesidad está vinculada con un aumento del riesgo de infecciones. También puede llevar a complicaciones cardíacas y pulmonares y a la formación de trombosis venosa profunda.

Riesgos asociados con la Diabetes:

La diabetes puede aumentar el riesgo de infección, retrasar la cicatrización de las heridas y demorar la curación del hueso.

Riesgos específicos para Usted:

Tratamientos alternativos:

Otras opciones:

- No hacer nada - puede decidir no someterse al procedimiento.
- Manejo del dolor (medicamentos)
- Inyecciones de esteroides

Si decide que NO se realice este tratamiento:

- Su médico puede hablar de tratamientos alternativos con usted

Información general:

- Durante este procedimiento, el médico podría tener que realizar más procedimientos o procedimientos nuevos que los que acordé.
- Durante el procedimiento el médico podría tener que hacer más pruebas o tratamientos.
- Entiendo que, en el caso de una emergencia, mi médico podría pedirle a un colega que realice la cirugía.
- Los tejidos u órganos tomados de mi cuerpo podrían ser sometidos a pruebas. Podrían guardarse para fines de investigación o enseñanza. Acepto que el hospital los deseche de un modo adecuado.
- Los alumnos, personas de ventas técnicas y otros integrantes del personal podrían estar presentes durante el procedimiento. Mi médico los supervisará.
- Se podrían tomar fotografías o grabar videos durante el procedimiento. Estos podrían agregarse a mi historial médico. Estos podrían publicarse con fines de enseñanza. Se protegerá mi identidad.



Affix Patient Label

Nombre del paciente:

Fecha de nac.:

Implantes médicos:

Las leyes y reglas federales exigen que los pacientes sean notificados de los problemas con los dispositivos médicos. El hospital mantendrá un registro del implante usado durante la cirugía y usará esa información para ubicarme si hubiera algún problema.

Al firmar este formulario acepto lo siguiente:

- He leído este formulario o el mismo me fue explicado con palabras que puedo comprender.
- Entiendo su contenido.
- He tenido tiempo para hablar con el médico. Mis preguntas fueron respondidas.
- Deseo que se me realice este procedimiento: _____
 Total **Parcial** **Revisión de reemplazo de cadera**
- Entiendo que otros médicos, incluidos los médicos residentes u otros integrantes del personal podrían ayudar con la cirugía. Las tareas se basarán en su nivel de aptitud. Mi médico los supervisará.

Proveedor: Este paciente podría requerir una prueba de grupo y compatibilidad o de grupo y compatibilidad cruzada, antes de la cirugía. SI así fuera, por favor obtenga el consentimiento para la sangre o los hemoderivados.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Relación: **Paciente** **Pariente más cercano al paciente (relación)** _____ **Tutor**

Declaración del Intérprete: He traducido este formulario de consentimiento y la explicación que le dio el médico al paciente, al padre o la madre, al familiar más cercano o al tutor legal.

Intérprete (si corresponde)

Fecha

Hora

SOLO para uso del proveedor:

Le he explicado la naturaleza, el propósito, los riesgos, los beneficios, las posibles consecuencias de no recibir tratamiento, las opciones alternativas y la posibilidad de complicaciones y efectos secundarios de la intervención que se pretende realizar. He respondido las preguntas, y el paciente ha aceptado que se realice el procedimiento.

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Explicación del paciente:

El paciente muestra comprensión al relatar en sus propias palabras:

____ Las razones para el tratamiento o procedimiento: _____

____ Las zonas del cuerpo que serán afectadas: _____

____ Los beneficios del procedimiento: _____

____ Los riesgos del procedimiento: _____

____ Las alternativas al procedimiento: _____

O
____ El paciente decide NO proceder: _____ (firma del paciente)

____ Validado/Testigo: _____ Fecha: _____ Hora: _____