Consentimiento Informado para Procedimiento Médico

Centro sanitario	Hospital General San Rafael	**Servicio o unidad**	Servicio de Cirugía General
Número de historia clínica	HC-2026-7741	**Número de documento o folio**	CI-2026-0398
Fecha de emisión	7 de octubre de 2026		

En cumplimiento de la normativa vigente sobre autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, se entrega al paciente el presente documento para que, una vez leído y comprendido, y aclaradas cuantas dudas haya planteado, decida libremente si autoriza la realización del procedimiento que se describe a continuación.

Datos del paciente

Nombre y apellidos del paciente	Gabriela Arredondo Pineda	**Documento de identidad**	INE 2847193056118
Fecha de nacimiento	30 de junio de 1988	**Sexo**	Femenino
Teléfono de contacto	55 2214 9087	**Domicilio**	Calle Nicolás San Juan 412, Col. Del Valle, C.P. 03100

Datos del representante legal o persona autorizada

Este apartado se completa únicamente cuando el paciente es menor de edad, se encuentra incapacitado legalmente o, a juicio del médico responsable, carece de capacidad para comprender la información y tomar la decisión por sí mismo.

Nombre y apellidos del representante		**Documento de identidad**	
Relación o vínculo con el paciente		**Motivo de la representación**	

Procedimiento propuesto

Denominación del procedimiento	Colecistectomía laparoscópica
Diagnóstico o motivo que lo indica	Colelitiasis sintomática con episodios repetidos de cólico biliar, confirmada por ultrasonido abdominal del 28 de septiembre de 2026.
Descripción del procedimiento en términos comprensibles	Extracción de la vesícula biliar mediante cuatro incisiones pequeñas en el abdomen, a través de las cuales se introducen una cámara y los instrumentos quirúrgicos. El procedimiento se realiza bajo anestesia general y dura habitualmente entre sesenta y noventa minutos. En un porcentaje reducido de casos resulta necesario convertir la intervención a cirugía abierta, lo que implica una incisión mayor y una recuperación más prolongada.
Finalidad y beneficios esperados	Eliminar de forma definitiva los episodios de dolor y prevenir complicaciones como la inflamación aguda de la vesícula, la obstrucción de la vía biliar o la inflamación del páncreas.
Alternativas razonables, incluida la de no tratarse	Tratamiento con analgésicos y dieta baja en grasas, que controla los síntomas sin resolver la causa y no evita las complicaciones. Vigilancia sin intervención, razonable solo en personas sin síntomas, que no es el caso.

Fecha prevista de realización	21 de octubre de 2026	**Lugar de realización**	Quirófano 3, segundo piso
Tipo de anestesia o sedación prevista	General balanceada	**Requiere ingreso hospitalario**	true

Riesgos y complicaciones

Toda actuación sanitaria implica riesgos. La medicina no es una ciencia exacta y, aun realizándose el procedimiento de forma correcta y con los medios adecuados, pueden producirse complicaciones, algunas de ellas graves y de forma excepcional con riesgo vital, tanto derivadas del propio procedimiento como de la anestesia o sedación empleada, o de la situación clínica y los antecedentes personales del paciente.

Entre los riesgos generales comunes a cualquier intervención se encuentran el dolor y las molestias en la zona tratada, la hemorragia, la infección, las reacciones alérgicas o adversas a los medicamentos y materiales utilizados, los trastornos de la cicatrización y las complicaciones cardiovasculares, respiratorias o tromboembólicas. A ellos se añaden los riesgos específicos propios del procedimiento indicado en este documento, que se relacionan a continuación, así como los riesgos personalizados que se derivan de las circunstancias particulares del paciente y que también quedan recogidos más abajo.

Riesgo o complicación específica	Frecuencia o gravedad estimada
Sangrado que requiera transfusión	Poco frecuente, menos de 1 de cada 100 casos
Infección de las heridas	Poco frecuente, generalmente leve y resuelta con antibiótico
Lesión de la vía biliar	Rara, entre 1 y 3 de cada 1,000 casos, puede requerir una segunda intervención
Conversión a cirugía abierta	Entre 2 y 5 de cada 100 casos, por dificultad técnica o inflamación
Complicaciones asociadas a la anestesia	Poco frecuentes; se detallan en el consentimiento específico de anestesiología

Riesgos personalizados por antecedentes o situación clínica del paciente	La paciente no presenta factores de riesgo añadidos: no es fumadora, no tiene enfermedades crónicas conocidas y su índice de masa corporal se encuentra dentro de rango.
Consecuencias previsibles y cuidados posteriores	Dolor en los sitios de incisión durante los primeros días, controlable con analgésicos. Reposo relativo de una semana y restricción de esfuerzo físico intenso durante tres semanas. Puede presentarse intolerancia transitoria a alimentos grasos.

Declaración de consentimiento

Declaro que he leído y comprendido este documento, que se me ha explicado verbalmente y en un lenguaje adaptado a mi comprensión la naturaleza, la finalidad, los beneficios esperados, los riesgos y las alternativas del procedimiento identificado en este documento, y que he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas, habiendo recibido respuesta satisfactoria a todas ellas.

Comprendo que la información recibida se refiere a los resultados previsibles y no constituye garantía de resultado, y que durante la realización del procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevistas que obliguen a modificar la actuación prevista o a realizar actuaciones adicionales urgentes, en cuyo caso autorizo al equipo asistencial a adoptar las medidas que resulten necesarias para preservar mi salud o mi vida.

Comprendo asimismo que el procedimiento podrá ser realizado por el médico que firma este documento o por otro profesional del mismo servicio con la capacitación adecuada, y que las muestras biológicas que en su caso se obtengan serán tratadas conforme a la normativa aplicable y eliminadas cuando dejen de ser necesarias, salvo que se me solicite y autorice expresamente otro uso.

Sé que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la realización del procedimiento, sin necesidad de justificar mi decisión y sin que ello suponga perjuicio alguno en la atención sanitaria que me corresponde. En consecuencia, y de forma libre y voluntaria, doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento descrito en este documento.

Observaciones o limitaciones expresadas por el paciente	La paciente manifiesta haber comprendido la información, formuló preguntas sobre el tiempo de recuperación y su reincorporación laboral, que fueron respondidas.

Médico que informa

Nombre y apellidos del médico	Dra. Silvia Narváez Olmedo	**Número de colegiado**	4471928
Especialidad	Cirugía General	**Teléfono de contacto**	55 5272 4400 ext. 215

Declaro haber informado al paciente y, en su caso, a su representante legal, del objeto, la naturaleza, los beneficios, los riesgos generales, específicos y personalizados y las alternativas del procedimiento recogido en este documento, en términos comprensibles y con la antelación suficiente para que la decisión pueda adoptarse de forma reflexiva.

Firmas

Lugar de la firma	Ciudad de México	**Fecha de la firma**	7 de octubre de 2026
Hora	13:40		

Firma del paciente o de su representante legal _____ Firma del médico que informa _____

Se entrega copia de este documento firmado al paciente y se incorpora el original a su historia clínica.

Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento otorgado en este documento y no autorizo la realización del procedimiento en él descrito, manifestando que he sido informado de las consecuencias que pueden derivarse de esta decisión.

Fecha de la revocación		**Motivo de la revocación**	

Firma del paciente o de su representante legal _____ Firma del médico _____