

## DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HALLUX VALGUS Y DEDOS EN GARRA

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

Le recordamos que, por imperativo legal, tendrá que firmar, usted o su representante legal, familiar o persona vinculada de hecho, el Consentimiento Informado para que podamos realizarle dicho procedimiento/tratamiento.

### PACIENTE

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

Historia Clínica N° \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

con domicilio en \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE LEGAL, FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad,  
*(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

con domicilio en \_\_\_\_\_

DNI N° \_\_\_\_\_ en calidad de \_\_\_\_\_ del paciente.  
*(Representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)*

### DECLARO

Que el Dr./Dra. \_\_\_\_\_

N° de Colegiado \_\_\_\_\_ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a realizar el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **HALLUX VALGUS Y DEDOS EN GARRA**. He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

#### 1. PREOPERATORIO

Antes de la cirugía será necesario realizarle algunas pruebas diagnósticas, como analítica, radiografías o electrocardiograma. También le indicaremos desde qué hora debe permanecer en ayunas.

#### 2. PROCEDIMIENTO

El "juanete" o hallux valgus es una deformidad del pie en la cual el dedo gordo se desvía hacia los otros dedos, deformándolos secundariamente. Esta enfermedad afecta, en mayor o menor grado, a los dos pies. La desviación del dedo gordo produce, además, una prominencia que, con gran frecuencia, se inflama y, en ocasiones, se infecta y ulcera provocando cuadros muy dolorosos. Igualmente puede dar callosidades dolorosas en los otros dedos y en la planta del pie, y deformidad en flexión de los dedos adyacentes.

La corrección de la deformidad se puede efectuar por numerosas técnicas: sección y alineación del hueso deformado, creación de una nueva articulación mediante la extracción de una parte del hueso del dedo, así como de la prominencia de ese mismo dedo o mediante la liberación y reanclaje de algunos tendones.

El objetivo de la intervención consiste en aliviar el dolor, corregir la deformidad del dedo, prevenir el dolor en la planta del pie, evitar la aparición de otras deformidades y mejorar la marcha.

El procedimiento precisa habitualmente de anestesia de la cintura para abajo o general. El Servicio de Anestesia y Reanimación estudiará sus características personales, informándole en su caso de cuál es la más adecuada.

Para reducir la incidencia de trombosis en las venas se le administrará la medicación oportuna.

#### 3. CONSECUENCIAS SEGURAS

La corrección de la deformidad conlleva el acortamiento de los dedos intervenidos, así como una incapacidad para moverlos adecuadamente. Dicha incapacidad suele ser temporal.

Después de la intervención sufrirá dolor en la zona de la herida debida a la cirugía y al proceso de cicatrización, que puede prolongarse durante algunas semanas o meses o bien hacerse continuo.

Precisará guardar reposo los primeros días, aunque desde el 2.º día después de la intervención tendrá que comenzar a movilizar el dedo operado según se le indique.



## TESTIGO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

con DNI N° \_\_\_\_\_ declaro bajo mi responsabilidad que el paciente Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente) ha recibido la hoja de información que le ha entregado el Dr./Dra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Dr./Dra.)

Ha comprendido las explicaciones que se le han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que le ha atendido le ha permitido realizar todas las observaciones y le ha aclarado todas las dudas y preguntas que le ha planteado respecto a los fines, alternativas, métodos, ventajas, inconvenientes y pronóstico de la misma, así como de los riesgos y complicaciones que por su situación actual pueden surgir. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada. Asimismo, ha entendido y acepta que durante el procedimiento/tratamiento se podrán realizar fotografías o grabar imágenes que luego se conservarán y se podrán transmitir con fines científicos y/o de docencia y utilizar en sesiones clínicas, juntas facultativas, conferencias, congresos, publicaciones médicas y actos científicos sin que en las mismas figure identidad alguna del paciente. También comprende que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puede revocar el Consentimiento que ahora presta. Se considera satisfecho/a con la información recibida y comprende la indicación y los riesgos de este procedimiento/tratamiento.

Y en tales condiciones, libre y voluntariamente, **HA DADO SU CONSENTIMIENTO** para que se le realice el procedimiento/tratamiento quirúrgico de **HALLUX VALGUS Y DEDOS DE GARRA DE:**

\_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA TESTIGO

## REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del representante legal, familiar o persona vinculada de hecho)

Yo, Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del testigo)

**REVOCO** el Consentimiento prestado en fecha: \_\_\_\_\_ y no deseo proseguir el procedimiento/tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Fdo. EL DR./LA DRA.

Fdo. EL/LA PACIENTE

Fdo. EL REPRESENTANTE LEGAL  
FAMILIAR O PERSONA VINCULADA DE HECHO

Fdo. EL/LA TESTIGO