

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fec. Nac.:** \_\_\_\_\_

**Consentimiento para Arteriografía y Posible Angioplastia, Colocación de Stent, Aterectomía o Terapia Lítica en la Extremidad Inferior:**  **Bilateral**  **Derecha**  **Izquierda**

1. Por la presente solicito y autorizo a Primary Vascular Physicians \_\_\_\_\_ (mi "Médico Operante"), o sus designados y/o cualquier asistente que pueda ser seleccionado y supervisado por él/ella (colectivamente, "Primary Vascular Care") a realizar en mí el Procedimiento descrito en este documento.

2. **Introducción:** Su médico ha solicitado que se le realice una arteriografía para evaluar más a fondo su circulación. Según los hallazgos de este estudio, pueden realizarse intervenciones adicionales, como una angioplastia, colocación de un stent o terapia lítica. Le pedimos que lea y firme este formulario para asegurarnos de que comprende el procedimiento y sus posibles beneficios, así como los riesgos asociados, complicaciones, alternativas, la probabilidad de lograr los objetivos y el proceso de recuperación. Por favor haga preguntas sobre cualquier cosa en este formulario que no entienda.

**Procedimiento:** Una arteriografía implica la colocación de un tubo plástico (catéter) en una arteria, ya sea en la pierna o en el antebrazo. Antes de la inserción del catéter, se inyectará un anestésico local en la piel sobre la arteria que se utilizará. También se le pueden administrar medicamentos por vía intravenosa para que esté más cómodo y relajado; esto se conoce como sedación moderada. Una vez colocado el catéter en la arteria, se avanzará a través de los vasos sanguíneos. Durante este proceso, se inyectará material de contraste (medio de contraste para rayos X) a través del catéter y se tomarán imágenes de rayos X. Es posible que se le pida que contenga la respiración durante varios segundos mientras se toman estas imágenes. Durante la inyección del medio de contraste, puede experimentar una sensación de calor o un sabor extraño en la boca; ambas sensaciones son temporales y desaparecerán pronto. Dependiendo de los resultados de la arteriografía, se puede realizar una angioplastia, colocación de un stent y/o terapia lítica. Si la arteriografía muestra un área de obstrucción, se puede realizar una angioplastia para intentar abrir la zona. Esto implica la inserción de un tubo especial que contiene un pequeño globo desinflado; el globo se posiciona en el sitio de la obstrucción y luego se infla. Tras la angioplastia, si aún no hay suficiente flujo sanguíneo a través del área obstruida, se puede realizar una aterectomía y/o colocarse un tubo de malla metálica (stent) en el sitio. La aterectomía se realiza con un catéter especializado y es el término que se utiliza para describir el proceso de eliminación de la placa ateromatosa que contribuye al estrechamiento del vaso. El stent ampliará el vaso y mejorará el flujo sanguíneo. Si la arteriografía demuestra que un coágulo de sangre está bloqueando uno de sus vasos, se puede administrar un fármaco especial para disolver el coágulo. Esto se conoce como terapia lítica. Se pueden tomar imágenes adicionales de la arteriografía para determinar el progreso de la disolución del coágulo. Al completar la arteriografía, se retirará el catéter y se aplicará presión en el sitio de inserción hasta que el sangrado haya cesado. Para ayudar a prevenir el sangrado, será muy importante que permanezca acostado en la cama sin mover el brazo o la pierna durante hasta seis horas.

**Riesgos:** Los riesgos asociados con el procedimiento incluyen, entre otros, dolor o molestia en el sitio de inserción del catéter, sangrado en el sitio, lesión en un vaso sanguíneo, infección que puede progresar a una infección del torrente sanguíneo, el desarrollo de un coágulo (embolización) y accidente cerebrovascular. Los riesgos asociados con el material de contraste para rayos X incluyen reacciones alérgicas y disminución de la función renal. Los medicamentos utilizados para la sedación moderada conllevan riesgos de aspiración (inhalación de alimentos o líquidos hacia los pulmones) o depresión respiratoria. Además de estos riesgos potenciales relacionados con el procedimiento, el material de contraste y los medicamentos para sedación moderada, pueden existir otros riesgos imprevisibles, incluida la muerte.

**Alternativas:** Pueden existir otros procedimientos que permitan evaluar más a fondo su circulación y/o tratar un área de obstrucción. Si no está seguro acerca de someterse a una arteriografía con posible angioplastia, colocación de stent o terapia lítica, por favor discuta estas alternativas con su médico.

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fec. Nac.:** \_\_\_\_\_

---

3. Entiendo que el Aviso de Privacidad de Primary Vascular Care describe cualquier limitación sobre la confidencialidad de mi información, y que mi Médico Operante me ha informado sobre cualquier obligación especial de notificación de la que tenga conocimiento.

4. Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y reconozco que no se me han hecho garantías ni aseguramientos respecto a los resultados de los Procedimientos propuestos y la anestesia, así como del riesgo potencial de radiación para mujeres en edad fértil, si corresponde.

5. He tenido oportunidad suficiente para discutir mi (del paciente) condición y tratamiento con el Médico Operante y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Considero que tengo el conocimiento y la comprensión adecuados para otorgar un consentimiento informado para los Procedimientos propuestos..

6. Doy mi consentimiento para la realización de operaciones y procedimientos adicionales diferentes a los contemplados actualmente si se consideran necesarios o aconsejables durante el curso de los Procedimientos autorizados o la anestesia.

7. Entiendo que después del Procedimiento, puede que necesite recibir procedimientos adicionales según lo indique mi plan de tratamiento y que dicho plan de tratamiento puede requerir varias sesiones.

8. Doy mi consentimiento para la retención o eliminación de cualquier tejido o partes que puedan ser extraídas durante los procedimientos.

9. Doy mi consentimiento para la fotografía, videograbación o transmisión televisiva del Procedimiento para el avance del conocimiento médico y/o la educación, con la condición de que mi identidad no sea divulgada fuera de Primary Vascular Care.

10. Doy mi consentimiento para la administración de medicamentos sedantes y la exposición a la radiación de uso médico por o bajo la dirección del médico arriba mencionado o del médico a cargo de mi sedación. Reconozco que se me ha informado sobre la naturaleza de la sedación planificada y que entiendo los riesgos de la sedación y la radiación, que incluyen: reacciones alérgicas a medicamentos, cambios en la respiración, cambios en la presión arterial y la función cardíaca, náuseas y vómitos, aspiración del contenido estomacal y/o excremento. Entiendo que es posible recordar el procedimiento. Todos los tipos de anestesia conllevan algún riesgo de complicaciones graves. Aunque son raras, estas incluyen infección, reacciones medicamentosas, coágulos sanguíneos, parálisis, accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, daño cerebral y muerte. La anestesia y la radiación podrían dañar a un feto si está embarazada. A veces, el tipo de anestesia puede cambiar durante la cirugía para brindarle una mejor atención o ayudar en la tarea del cirujano. Mi clínico me ha explicado completamente los riesgos (tanto durante la administración de la anestesia como durante el período de recuperación), beneficios y posibles alternativas a la administración de anestesia, incluyendo no someterse al procedimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas, y todas mis preguntas han sido respondidas completa y satisfactoriamente. Reconozco que no se me han hecho garantías ni aseguramientos respecto a los resultados que se pretenden con la administración de la anestesia.

11. Doy mi consentimiento para la suspensión temporal de cualquier directiva anticipada y comprendo que se realizarán todos los esfuerzos de resucitación, en caso de surgir alguna condición imprevista durante el procedimiento y el tiempo inmediato bajo cuidado monitoreado en recuperación.

Yo, \_\_\_\_\_, tuve una discusión informativa con la parte que consiente respecto a cada punto anterior. Todas las preguntas fueron respondidas completa y satisfactoriamente y se acordó el plan de tratamiento e intervención. Se sugirieron materiales de lectura para su revisión y están disponibles digitalmente en [www.primaryvascularcare.com](http://www.primaryvascularcare.com), o por fax, como complemento a nuestra discusión. El suplemento incluye una descripción del plan de tratamiento, las expectativas del procedimiento, riesgos y posibles complicaciones.



Paciente: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Confirmando que he leído y entiendo completamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma. Estoy de acuerdo en que todas mis preguntas han sido respondidas completa y satisfactoriamente.**

HCP/Consentimiento familiar obtenido y anotado a continuación.

**Paciente/Agente/Guardián/Suplente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación, si firma otra persona: \_\_\_\_\_

Firma: **X** \_\_\_\_\_ Fecha/Hora: \_\_\_\_\_

	Firma del Intérprete (si se utilizó): _____ Nombre en letra de imprenta: _____ o Línea de Interpretación #: _____
--	---

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fec. Nac.:** \_\_\_\_\_

---

### **CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO OPERANTE Y DEL CLÍNICO ASISTENTE**

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, propósito, beneficios, riesgos y alternativas del/los procedimiento(s) / operación(es) arriba nombrado(s). (Cuando sea aplicable) He proporcionado asesoramiento con respecto al posible uso de sangre y/o productos sanguíneos, sus beneficios, riesgos asociados y opciones alternativas, incluyendo sangre autóloga, donante dirigido y recuperación intraoperatoria de sangre. Considero que el paciente o su representante entiende lo que he explicado y he respondido sus preguntas. He revisado la información sobre el Procedimiento antes de la inducción de la anestesia y por la presente confirmo que el/los Procedimiento(s) está/n descrito(s) con precisión arriba.

---

**Firma del Clínico Asistente:**

---

**Fecha / Hora**

---

**Firma del Médico Operante:**

---

**Fecha / Hora**