



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

**PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO**

N°. DE DOCUMENTO
0000

**PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS
INFORMADOS, DE LAS AREAS
DE HEMODIALISIS Y QUIROFANO**



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO

N°. DE DOCUMENTO
0000

HISTORIA CLINICAS

DATOS GENERALES:

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

FECHA DE INGRESO: _____

C.I: _____

DIRECCION: _____

TLF: _____

PROFESION: _____

1.- MOTIVO DE CONSULTA (Enuméralos):

2.- ENFERMEDAD ACTUAL:

3.- ANTECEDENTES:

SUBRAYE LO SIGNIFICATIVO O ANORMAL Y DESCRIBALO EN LA COLUMNA DE LA DERECHA (USANDO) EL MIS NUMERO DE LA REFERENCIA. FAMILIARES (PADRES, ESCOLARES Y DESCENDIENTES).

3.0.- SORDERA.	3.16.- CONTACTOS TUBERCULOSOS.	
3.1.- CANCER.	3.17.- ERUPTIVAS DE LA INFANCIA	
3.2.- TUBERCULOSIS.	3.18.- TOS FERINA.	
3.3.- DIABETES.	3.19.- PAROTIDITIS.	
3.4.- AFECCIONES CARDIOVASCULARES.	3.20.- ANTECEDENTES ASMATICOS.	
3.5.- ALERGOSIS.	3.21.- R.A.A.	
3.6.- ENFERMEDADES HEMORRAGICAS.	3.22.- AFECCIONES PLEUROPULMONARES.	
3.7.- GOTA.	3.23.- GRIPE.	
3.8.- LITASIS.	3.24.- AMIGDALITIS.	
3.9.- ENFER. RENALES.	3.25.- DISENTERIA Y DIARREA.	
PERSONALES:	3.26.- ADENITIS INGUINALES.	
3.10.- RESIDENCIAS ANTERIORES.	3.27.- LUES.	
3.11.- ANTECEDENTES VENEREAS.	3.28.- BUBA.	
3.12.- ANTECEDENTES CHAGACICOS.	3.29.- HANSEN.	
3.13.- ANTECEDENTES BILHARZIANOS.	3.30.- ALERGOSIS.	
3.14.- ANTECEDENTES PALUDICOS.	3.31.- JAQUECAS.	
3.15.- PARASITOS INTESTINALES.	3.32.- HTA.	
	3.33.- ENF.RENALES.	



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO

N°. DE DOCUMENTO
0000

<p>3.34.- OTROS.</p> <p>3.35.- HABITOS ALIMENTICIOS.</p> <p>3.36.- HABITOS ALCOHOLICOS.</p> <p>3.37.- HABITOS TABAQUICOS</p> <p>3.39.- ANTECEDENTES GINECOLOGICOS (MENARQUIA, REGLA ETC).</p> <p>4.- INTEROGATORIO DE SISTEMAS Y APARATOS.</p> <p>5.- CABEZA EXAMEN GENERAL.</p> <p>6.- OJOS</p> <p>6.1.- CANSANCIO OCULAR.</p> <p>6.2.- SECRECIONES.</p> <p>6.3.- EPIFORA.</p> <p>6.4.- DIPLOPIA.</p> <p>7.- OIDOS.</p> <p>7.1.- SORDERA.</p> <p>7.2.- SECRECIONES.</p> <p>7.3.- TINITUS.</p> <p>8.- NARIZ.</p> <p>8.1.- CATARRO.</p> <p>8.2.- EPISTAXIS.</p> <p>8.3.- SINUSITIS.</p> <p>9.- GRAGANTA.</p> <p>9.1.- ANGINA.</p> <p>9.2.- RONQUERA.</p> <p>10.- RESPIRACION</p> <p>10.1.- RESPIRACIONES.</p> <p>10.2.- PUNTADA DE COSTADO.</p> <p>10.3.- HEMOPTISIS.</p> <p>10.4.- TOS.</p> <p>11.- CARDIOVASCULAR</p> <p>11.1.- DOLOR U OTRA MANIFESTACION PRECORDIAL.</p> <p>11.2.- FATIGA.</p> <p>11.3.- PALPITACIONES.</p> <p>12.-DIGESTIVO.</p> <p>12.1.- APETITO.</p> <p>12.2.- DOLOR ABDOMINAL.</p> <p>12.3.- NAUSEAS O VOMITOS.</p> <p>12.4.- PIROSIS.</p> <p>12.5.- FLATULENCIAS.</p> <p>12.6.- CONSTIPACION</p> <p>13.- GENITO URINARIO.</p> <p>13.1.- SECRECIONES.</p> <p>13.2.- ULCERAS.</p> <p>13.3.- MICCIONES.</p> <p>13.4.- NICTURIA</p> <p>13.5.- INCONTINENCIA.</p> <p>13.6.- PIURIA.</p> <p>14.- NERVIOSO</p> <p>14.1.- TIPO DE PERSONALIDAD.</p> <p>14.2.- ESTADO EMOCIONAL.</p> <p>14.3.- CEFALEAS.</p> <p>14.4.- CONVULSIONES.</p> <p>15.- LOCOMOTOR</p> <p>15.1.- DEBILIDAD.</p> <p>15.2.- DOLOR.</p> <p>16.- IMPRESIÓN GENERAL DEL ENFERMO</p> <p>16.1.- ASPECTOS PSIQUISMO, ETC.</p>	<p>3.40.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS EMBARAZOS, PARTOS, ABORTOS, ETC.</p> <p>3.41.- ANTECEDENTES TRAUMATICOS Y QUIRURGICOS</p> <p>3.42.- VACUNACIONES.</p> <p>6.5.-FOTOFOBIA.</p> <p>6.6.-ANTEOJOS.</p> <p>6.7.-OTROS.</p> <p>7.4.-VERTIGOS.</p> <p>7.5.-OTROS.</p> <p>8.4.-OBSTRUCCION.</p> <p>8.5-SECRECIONES</p> <p>8.6.-OTROS.</p> <p>9.3.- DISFAGIA.</p> <p>9.4.- OTROS.</p> <p>10.5.- EXPECTORACION.</p> <p>10.6.- DISNEA.</p> <p>10.7.- OTROS.</p> <p>11.4.- LIPOTIMIAS O SINCOPE.</p> <p>11.5.- VERTIGO.</p> <p>11.6.- EDEMAS.</p> <p>11.7.-OTROS.</p> <p>12.7.- DIARREA.</p> <p>12.8.- DISENTERIA..</p> <p>12.9.- HECES FECALES.</p> <p>12.10.- HERNIAS.</p> <p>12.11.- HEMORROIDES</p> <p>12.13.- OTROS.</p> <p>13.7.- HEMATURIA.</p> <p>13.8.- DOLOR.</p> <p>13.9.- LIBIDO.</p> <p>13.10.- RELACIONES SEXUALES.</p> <p>13.11.- OTROS.</p> <p>14.5.- PARALISIS.</p> <p>14.6.- TEMBLOR.</p> <p>14.7.- OTROS.</p> <p>15.3.- OTROS.</p>	Empty grid for clinical notes
--	--	-------------------------------



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO

N°. DE DOCUMENTO
0000

Consolidado Mensual Catéter

MES: _____

Identificacion	tipo cateter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	c yugular																																
	c subclavio																																
	c femoral																																
	c tunelizado																																
	c yugular																																
	c subclavio																																
	c femoral																																
	c tunelizado																																
	c yugular																																
	c subclavio																																
	c femoral																																
	c tunelizado																																
	c yugular																																
	c subclavio																																
	c femoral																																
	c tunelizado																																
	c yugular																																
	c subclavio																																
	c femoral																																
	c tunelizado																																

C: cambio de... I: instalacion de... R: retiro de... O: hemocultivos o cultivos



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO

N°. DE DOCUMENTO
0000

EXAMENES DE LABORATORIO

MES	Album	NUS pre	NUS pos	Calcio	Fósforo	PTHi	Potasio	Sodio	F.Alcal	Creatin	Glicemia	VHC	VHB	VHI	Hto.Hb	Ferritina	% sat	Bic/Ph	CP	GO	KTV	
Enero																						
Febrero																						
Marzo																						
Abril																						
Mayo																						
Junio																						
Julio																						
Agosto																						
Septiembre																						
Octubre																						
Noviembre																						
Diciembre																						

INDICACIONES DE HEMODIALISIS

Mes	INDICACIONES DE HEMODIALISIS												Diuresis		Tranfusiones		
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre					
Capilar																	
QT/QD																	
QB																	
Calcio																	
Potasio																	
Sodio																	
Heparina																	
Bic																	
Trocar																	
P. Seco																	
Médico Respons.																	

Nombre Paciente _____ RUT _____



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO

Nº. DE DOCUMENTO 0000

CONSENTIMIENTO INFORMADO A PACIENTES DEL ÁREA DE HEMODIÁLISIS

Nombre y Apellido del Paciente:
Nº De Historia:
Área de Hemodiálisis:
Domicilio:
Hospitalizado en:
Fecha y Hora de la Firma:
Fecha y Hora de Entrega:

Estimado Paciente:

G-MAX CLINIC C.A, le recuerda algunas consideraciones importantes acerca del Documento que se le presenta a continuación.

Un consentimiento informado es el permiso que otorga el Paciente o su Familia para acceder a una Intervención, tratamiento o procedimiento específico, luego de comprender en qué consiste, los riesgos, beneficios, limitaciones y posibles consecuencias.

Por lo tanto, lo invitamos a realizar todas las preguntas que desee y solicitar las aclaraciones que necesite con respecto al diagnóstico, intervención, procedimiento y/o tratamiento aconsejado por el profesional de la salud.

No firme sin antes recibir las respuestas necesarias.

Expresión de Consentimiento Informado para Diálisis en Pacientes Crónicos:

Luego de haber sido suficientemente informado/a por el Dr./a... respecto de:

- 1. El Diagnóstico de... efectuado con la información que se ha podido obtener.
2. Soy consciente que sufro de una Enfermedad Renal que requiere reemplazar la función que deberían realizar mis riñones.
3. El equipo médico me ha explicado que el procedimiento para reemplazar la función de los riñones son los siguientes:
4. La Hemodiálisis: tratamiento con Riñón Artificial, que implica el pasaje de la sangre a través de un dispositivo especial, el filtro de diálisis o riñón artificial



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

**PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO**

N°. DE DOCUMENTO
0000

propriadamente dicho, que actúa eliminando las impurezas o tóxicos y el exceso de líquidos que se acumulan en el organismo. Este tratamiento se realiza en el centro de diálisis, con una periodicidad y duración que se indica en cada caso.

5. Entiendo que cualquier **Tratamiento de Diálisis Crónica no Curará ni Evitará la Progresión de la Enfermedad, no Evitará** la progresión o la aparición de otras enfermedades, relacionadas o no con el procedimiento.
6. Con el tratamiento propuesto se ofrece sustituir **algunas** de las funciones (**no todas**) que los riñones ya no pueden realizar.
7. La Negativa a recibir o continuar el tratamiento sustitutivo (**que es el derecho que posee todo ser humano de libre elección y autodeterminación**). Entiendo que esta última opción involucra riesgo de muerte ya que no es posible la vida por debajo de un límite de función renal sin reemplazar por alguna modalidad del tratamiento de reemplazo de la función renal.
8. Entiendo que cada modalidad tiene sus **indicaciones, ventajas, riesgos y consecuencias**.
9. Me han informado que para la realización de Hemodiálisis debe practicarse la implantación de uno o más accesos vasculares, condicionados a la urgencia del requerimiento y a las condiciones del paciente. Estos accesos vasculares tienen una duración que depende de varias condiciones entre las cuales se destacan el cuidado que le brinde el paciente y el equipo tratante, así como las enfermedades contaminantes, el estado de las arterias y venas del paciente. Los accesos vasculares se realizan en las venas de los pacientes para permitir un flujo de sangre que permita llevar a cabo la tarea de depuración de la sangre en un tiempo aceptable. Este procedimiento requiere de una Intervención Quirúrgica.
10. Habitualmente la **Hemodiálisis** requiere que la sangre circule a través del Filtro de Diálisis (**Riñón Artificial**). La sangre se extrae y devuelve al paciente por medio de dos agujas que se colocan en el acceso vascular, y la conexión se completa con un sistema de tubuladuras.
11. Ocasionalmente pueden necesitar transfusiones de sangre, en cuyo caso el equipo tratante me advertirá con la anticipación posible y se **tomarán** todos los recaudos para evitar la transmisión de **enfermedades infectocontagiosas** de acuerdo a las leyes vigentes. La transfusión será realizada por un Hemoterapeuta debidamente habilitado.
12. También me han informado la existencia de ciertos riesgos asociados con estos procedimientos sustitutivos.



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

**PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO**

N°. DE DOCUMENTO
0000

13. Una mayor predisposición, por la disminución de las defensas que habitualmente acompaña la enfermedad renal y las características de los tratamientos, a padecer enfermedades provocadas por diferentes organismos infecciosos como Virus, Bacterias y Hongos.

14. La posibilidad de pérdidas de sangre o complicaciones con el circuito de hemodiálisis que la misma sangre recorrerá por fuera de mi cuerpo (**Agujas, Tubuladuras y Filtro**).

Comprendo que es necesarios que como paciente renal crónico de diálisis debo cumplir ciertas restricciones con respectos a la ingesta de alimentos, líquidos y otras sustancias como medicamentos. Es responsabilidad mía como paciente cumplir las indicaciones dadas por los profesionales que me atienden (Equipos de Hemodiálisis) para evitar las posibles complicaciones resultantes del no cumplimiento de dichas indicaciones. Comprendo la importancia de cumplir **con la medicación** y las **sesiones adecuadas de diálisis**, sesiones que puede variar con el tiempo y la situación clínica y que implica una estrecha relación con el **“tiempo” de duración (en horas)** y la cantidad de sesiones de hemodiálisis, Me comprometo a seguir estrictamente las indicaciones que me hagan los profesionales que me tratan, reconociendo, tal como se me han explicado detalladamente, que la falta de cumplimientos de las mismas puede significar la aparición en el corto, mediano o largo plazo de complicaciones relacionados directamente con dosis insuficiente de tratamiento y que ello implica un grave riesgo para mi evolución clínica y un mal pronóstico para mi calidad de vida y expectativa de vida. El paciente es responsable de las consecuencias que pudieran ocurrir como resultado del incumplimiento de las indicaciones realizadas por el equipo asistencial.

15. Me comprometo a notificar inmediatamente a mi médico o equipo tratante cualquier efecto extraño, reacción adversa o problemas que pudiera padecer y que pudieran o no estar relacionados con estos tratamientos.

16. Entiendo los motivos y autorizo a realizar todos los estudios de laboratorio, de rutina y especiales, que el equipo tratante considere necesario y con la frecuencia que dicten las normas de servicio, para controlar mi evolución clínica e investigar la presencia o ausencia de serología virales como las del **HIV-SIDA, Hepatistis B y C** y distintas **Variedades de Hepatitis**.

17. Comprendo la necesidad de observar buen comportamiento en el Area de Hemodiálisis y me comprometo a ser solidario con “mis compañeros” de tratamiento y los responsables del Area de Hemodiálisis. Me comprometo a respetar y acatar las indicaciones que ante imprevisto, urgencias o pedidos que me pudieran surgir.

18. Entendiendo perfectamente que las sugerencias o pedidos que me pudieran hacer no perjudicarán mí tratamiento o intentarán evitar males mayores para mí, el resto de los pacientes o el funcionamiento del centro teniendo en cuenta que privara siempre el sentido del bien común.



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

**PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO**

N°. DE DOCUMENTO
0000

19. También me notifico y acepto que por **“razones de servicio”** pueden surgir cambios en el funcionamiento en el Area de Hemodiálisis y que ello implicaría la necesidad de eventuales modificaciones en los horarios o días de mi tratamiento de hemodiálisis. Me comprometo a aceptar esos cambios, siempre y cuando los mismos no signifiquen un considerable trastorno o pudieran **perjudicar en la actividad o trabajo** que pudiera estar desarrollando.

20. Tengo conocimiento y reconozco que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y que ninguna persona de este equipo de médico tratante me ha dado ninguna garantía, expresa o insinuada, de curación, resultando exitoso que excedan las posibilidades de estos tratamientos y que más aún, se puede esperar cierta incomodidad y síntomas persistentes o agregados de la enfermedad.

Reconozco que he tenido la posibilidad de leer este formulario disponiendo del tiempo que necesité, que comprendo todo lo anterior por haberlo consultado con quienes lo creí convenientes, que he formulado las preguntas que considere necesarias con respecto a los tratamientos propuestos y que me han preferido que puedo realizar más preguntas cuando lo considere necesario durante todo el curso del tratamiento, acerca de los aspectos que aquí fueron descriptivos como de cualquier tema vinculado a mí tratamiento. Doy mi pleno consentimiento para que el equipo tratante del G-MAX CLINIC C.A, administre el tratamiento de diálisis y los cuidados y tratamientos complementarios que pueda requerir para mi más efectiva y correcta atención.

.....
Firma del Paciente

.....
N° Cedula de Identidad

.....
Firma de un familiar

.....
N° Cedula de Identidad

.....
Firma del Médico

.....
N° Cedula de Identidad

.....
Firma del Testigo

.....
N° Cedula de Identidad



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

**PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO**

N°. DE DOCUMENTO
0000

ANEXO DEL AREA QUIRURGICO:



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO

N°. DE DOCUMENTO
0000

NOTA PREOPERATORIA

NOTA PREOPERATORIA					N° DE HISTORIA	
Nombre de Paciente:					Edad:	Sexo:
Fecha de la Cirugía:					Hora:	
T/A:	TEMP:	FR:	FREC.C:	PESO:	TALLA:	

DIAGNÓSTICO:

_____.

PLAN

QUIRURGICO:

_____.

TIPO DE INTERVENCIÓN:

PROGRAMADA: _____ . URGENCIA: _____

RIESGOQUIRURGICO: _____

CUIDADOS Y PLAN

PREOPERATORIO:

PRONOSTICO:

NOMBRE / FIRMA DEL MEDICO Y SELLO

Nota: Toda las Notas Medicas deberán estar Firmadas Por el Medico.



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

**PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO**

N°. DE DOCUMENTO
0000

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS**

Paciente: _____ **N° Cedula / Pasaporte:** _____

N° de Historia _____ **Dirección:** _____

Declaro que el Doctor: _____

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación a una: _____

Indicaciones: _____

La Intervención consiste en: _____

Toda intervención Quirúrgica tanto por la propia técnica como por la situación vital de Cada Paciente (Diabético, Cardiopatía, Hipertensión, Edad Avanzada, Anemia, Obesidad, Enfermedades Auto – Inmunes, Etc.), lleva implícita una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto Medico como Quirúrgicos, así como un porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones de la Intervención Quirúrgica, por orden de frecuencia pueden ser:

- a) Infecciones.
- b) Hemorragias con la posible necesidad de Transfusión (Intra o Postoperatoria). Eventualmente puede ser necesaria la Reintervención para hacer Hemostasia de Estructuras Sangrantes.
- c) Lesiones de Vías Urinarias.
- d) Lesiones Intestinales.
- e) Fístulas.
- f) Evisceraciones – Hernias.
- g) Cicatrices.
- h) Rigidez.
- i) Lesiones vasculares o nerviosas.
- j) Muerte.

Declaro que me han informado y he entendido claramente la naturaleza y el propósito del procedimiento Quirúrgico, los riesgos y posibles complicaciones.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento. Y en tales condiciones consiento que se me realice una: _____ (nombre de la cirugía)

Me reservo expresamente el derecho a revocar mi consentimiento en cualquier momento antes de que el procedimiento objeto de este documento sea una realidad.

Lugar y Fecha _____ El Médico: _____

El Paciente _____ El Testigo _____

Nota: Todo Consentimiento Informado deberán estar Firmadas y Sellado Por el Médico Tratante.



Conectando Vidas, Compartiendo Esperanza

**PLANTILLA HISTORIAS MEDICA, CONSENTIMIENTOS INFORMADOS
DE LAS AREAS DE HEMODIÁLISIS Y QUIRÓFANO**

N°. DE DOCUMENTO
0000

FORMULARIO DE TOMA DE MUESTRA DE BIOPSIA

ESTUDIO HISTOPATOLIGICO SOLICITADOD POR: _____

PACIENTE / NOMBRE _____, APELLIDO: _____, EDAD: _____

FECHA: _____.

MATERIAL:

DATOS CLINICOS: _____

TIPO DE INTERVENCION: _____

HISTOLOGIA PREVIA: SI _____ NO _____ DIAGNOSTICO: _____

DIAGNOSTICO CLINICO: _____

FIRMA Y SELLO