

HOSPITAL DE LA NIÑEZ OAXACAQUEÑA
Carta De Autorización Bajo Información
Autorización Para Hemodiálisis

Fecha: _____

Nombre del médico tratante autorizado en el presente documento:

Quien suscribe la presente, en pleno uso de mis facultades mentales, en mi carácter de padre(madre), (familiar, responsable o representante legal del paciente), solicito y autorizo al médico cuyo nombre aparece al inicio del presente documento y a los médicos que el considere pertinente y al personal de salud, lo que sea necesario para que realice en mi paciente el "procedimiento de hemodiálisis" (tratamiento sustitutivo de la función renal y como tal, tiene el beneficio de preservar la vida durante el tiempo que dure la falla renal , ya sea esta temporal o permanente que puede recuperarse o no).el tratamiento de métrico puede tener recuperarse o no). El tratamiento de mérito puede tener los riesgos que a continuación se indican y entiendo:

- 1.-Complicaciones en el acceso vascular, como trombosis o sangrado, infecciones en el sitio de punción y a veces ruptura de este acceso, ya sea injerto o vascular propio.
- 2.-Complicaciones sistémicas en la coagulación, trombosis o sangrado.
- 3.-Hipertensión o hipotensión en relación con el volumen sanguíneo.
- 4.-Baja de peso por extracción de agua, acompañado o no de hipotensión
- 5.-Posibilidad de adquirir infecciones virales como hepatitis A, B, C, o D.
- 6.-Arritmias cardíacas por cambios en el volumen de los líquidos corporales y en la concentración de electrolitos, así como del equilibrio ácido-base.
- 7.-Pérdidas de sangre por coagulación en el dializador o por sangrado, secundario a la administración de heparina, o por existencia de trastornos previos en la coagulación.
- 8.-Insuficiencia coronaria o insuficiencia cardíaca secundarias a los cambios en la presión arterial y/o a los cambios hidro-electrolíticos.
- 9.-Fallas mecánicas en las máquinas con interrupción o retraso del Tratamiento, inherentes a los cambios de corriente que existen en la ciudad de Oaxaca, a pesar de la planta eléctrica de emergencia que se encuentra dentro de las instalaciones.
- 10.-Anemia la cual puede tratarse con eritropoyetina, hierro y vitamínicos, así como en ocasiones con transfusiones, con las posibles complicaciones de éstas. Esta anemia puede ser secundaria a la enfermedad propia o al sangrado que el paciente pueda tener por la anticoagulación que es indispensables para llevar a cabo el tratamiento.

Deberá traer los siguientes utensilios para su cuidado durante la hemodiálisis:

- 1.-Deberá ajustarse al horario que se le indique.
- 2.-Traer camiseta o corpiño, bermuda o pijama y pantuflas.
- 3.-Aceptatar la máquina que se le asigne al paciente (no es fija).
- 4.-Traer su termómetro y medicamentos (de su tratamiento).
- 5.-Higiene personal
- 6.-Cuidados del catéter o la fístula.
- 7.-Apegarse al tratamiento médico y dietético.
- 8.-Pagos al corriente.

MANIFIESTO expresamente que el Médico tratante me ha explicado detalladamente en palabras comprensibles para mí ,el efecto y la naturaleza del tratamiento, incluyendo los posibles riesgos y beneficios , otras soluciones alternativas al tratamiento , así como las molestias que puede sentir el paciente con motivo del tratamiento, en el entendido que el Médico tratante ha contestado a mi satisfacción todas las preguntas que libremente he formulado acerca del tratamiento, sus riesgos, beneficios y demás información que al respecto de conocer y entender Asimismo, comprendo que el tratamiento no obvia la necesidad de llevar acabo un tratamiento, medicamentoso y dietético estricto, y que podrá retrasarse o reprogramarse el tratamiento en caso de que el mismo deba ser proporcionado a otra persona que lo requiera en caso urgencia, lo cual comprendo y acepto.

RECONOZCO que durante el tratamiento pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesaria la realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos distintos al tratamiento aquí autorizado, por lo que de manera expresa SOLICITO Y AUTORIZO al Médico Tratante, a los médicos que este designe, así como el personal del hospital de la niñez oaxaqueña, para que en colaboración con el medico trantate,realice cualquier otro procedimiento médico y/o quirúrgico que sea necesario para el tratamiento de dichas condiciones adversas no previstas, incluyendo procedimientos como biopsias, transfusiones de sangre, entre otros. En caso de complicaciones durante el Tratamiento, SOLICITO Y AUTORIZO al médico tratante para que solicite la ayuda necesaria a otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

Me ha sido informado que los médicos, enfermeras y demás equipo de salud, realiza el procedimiento de hemodiálisis de acuerdo a las normas establecidas. Asimismo, he podido aclarar todas mis dudas acerca del presente documento y sus alcances, comprendiendo totalmente el sentido y contenido del mismo, por lo que, en plena conciencia, la firmo en san Bartolo Coyotepec, Oaxaca, en la fecha que se indica en el presente documento que ha sido completamente requisitado ante mi presencia y los testigos abajo anotados.

Padre: _____
Nombre completo y firma

Madre: _____
Nombre completo y firma

Familiar responsable o representante legal: _____

Testigo: _____,
Nombre completo y firma

Testigo: _____
Nombre completo y firma

Nombre completo de quien elaboró: _____ Firma: _____