



DELGADOTRAUMA

CONSENTIMIENTO INFORMADO: PUNCIÓN EVACUADORA (ARTROCENTESIS / BURSOCENTESIS)

PACIENTE: NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2. EDAD: años. DNI: 10101010A. HC: 24276

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.

He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PROCEDIMIENTO

Consiste en la extracción de líquido acumulado en alguna articulación, bursa u otro continente mediante punción con aguja y aspiración con jeringa.

El objetivo es aliviar el dolor, mejorar la movilidad, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios. Igualmente puede usarse para analizar dicho líquido y ayudar al diagnóstico de su problema.

La **PUNCIÓN EVACUADORA** se realizará en la siguiente localización: _____

2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la extracción puede presentar molestias en la zona debidas a la propia punción con la aguja.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la **punción evacuadora** pueden ser:

- a) Lesión de vasos, nervios o tendones adyacentes.
- b) Infección en la zona de la punción.
- c) Recidiva (nuevo acúmulo de líquido)

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos antes descritos, por mis circunstancias especiales, pueden existir otros riesgos como: no mejoría, dolor residual, recidiva,

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

El acúmulo de líquido puede tratarse con medicación antiinflamatoria y reposo relativo, con fisioterapia , o bien con cirugía.

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo Don/Dña. **NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2** con DNI **10101010A**, he leído la hoja de información que me ha entregado el **Dr. Eduardo J. DELGADO TORNÉ** con **N. Col. 121204595**. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** en que se me realice la **PUNCIÓN EVACUADORA**.

En CASTELLÓN, a 3/9/2025 Fdo. Dr. Eduardo J. DELGADO TORNÉ Fdo. NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2 10101010A Fdo. REPRESENTANTE LEGAL

7. REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. **NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2, REVOCO** el consentimiento prestado en fecha _____ y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a la **PUNCIÓN EVACUADORA**.

En CASTELLÓN, a _____ Fdo. Dr. Eduardo J. DELGADO TORNÉ Fdo. NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2 10101010A Fdo. REPRESENTANTE LEGAL