



## CONSENTIMIENTO INFORMADO: INFILTRACIÓN DE ANESTÉSICO LOCAL ECO-ASISTIDA.

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

\* Este acto no está incluido en compañías aseguradoras y se abona aparte según tarifa vigente de DELGADOTRAUMA.

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 introducción de **anestésico local** con una jeringa en su organismo **previa localización del punto exacto con ECOGRAFÍA**, lo cual pretende asegurar más el efecto de los fármacos sobre la lesión y evitar dañar estructuras cercanas.

El objetivo de estas infiltraciones consiste en aliviar o suprimir el dolor, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

La **infiltración de anestésico local ECO-asistida** se realizará en la siguiente localización:

---

### 2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la infiltración presentará molestias en la zona de inoculación debidas al propio pinchazo y al volumen de la sustancia introducido. Si la inyección se ha introducido dentro de la articulación es conveniente que permanezca en reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular.

### 3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la infiltración pueden ser:

- Reacción alérgica, hipotensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
- Lesión de vasos (hematomas), nervios o tendones adyacentes.
- Infección en la zona del pinchazo.
- Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- Descompensación de la diabetes, hipertensión arterial o úlcera gástrica.
- Aparición de atrofia cutánea (lipodistrofia) o depigmentación en la zona de administración.

### 4. RIESGOS PERSONALIZADOS

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

---

### 5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La lesión objeto de la infiltración 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 **infiltración de anestésico local**.

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 **infiltración de anestésico local**.

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