Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HEMODIÁLISIS

Yo, _____ he sido informado que mis riñones
(nombre del paciente)

no están funcionando y que necesito hemodiálisis para mantenerme vivo. Entiendo que aunque la hemodiálisis es un procedimiento que me mantiene vivo, no es una cura para la insuficiencia renal.

Mi médico me ha explicado el procedimiento necesario para tratar mi condición y entiendo que la naturaleza del procedimiento es como sigue:

La hemodiálisis me limpiará la sangre bombeándola a través de un dispositivo que removerá los desechos y el exceso de líquido. Entiendo que la hemodiálisis incluye, entre otras cosas, la inserción de tubos y/o agujas en mis venas o fístula o mediante un catéter y el uso de riñones artificiales para filtrar mi sangre. También entiendo que, junto con el tratamiento de hemodiálisis, tal vez necesite pruebas de laboratorio, procedimientos radiológicos y quirúrgicos para asegurar el funcionamiento adecuado del equipamiento y la efectividad del tratamiento.

Me han informado que los siguientes riesgos están asociados con la hemodiálisis y, aunque esos riesgos no son comunes, uno o más pueden ocurrir y ser potencialmente fatales:

- Contaminación bacteriana y/o viral (por ej., Hepatitis B o C) de mi sangre que podría causar infección, o infección bacteriana de las células sanguíneas llamada septicemia;
- Hemorragia debido a problemas de coagulación de la sangre o desconexión de los tubos para la sangre;
- “Destrucción” o rotura de los glóbulos rojos, conocida como hemólisis;
- Hemorragia interna o hemorragia en el sitio de acceso;
- Infecciones en mi sitio de acceso (infecciones en el catéter o la fístula);
- Ingreso de aire en mi torrente sanguíneo;
- Choque o paro cardíaco;
- Reacciones alérgicas y tóxicas a drogas, soluciones, riñones artificiales u otro equipamiento utilizado durante el tratamiento de hemodiálisis.
- Coagulación de mi acceso o infiltración de mi acceso.

También me han informado que puede haber algunos efectos secundarios asociados con la hemodiálisis que se relacionan con el líquido y los cambios químicos que ocurren durante o después del tratamiento de hemodiálisis. Algunos de los efectos secundarios son osteoporosis, desequilibrio electrolítico, dolor de cabeza, náuseas, mareos, desmayos, latidos cardíacos irregulares, disminución de la presión sanguínea, calambres musculares y confusión leve.

Me han explicado el procedimiento de hemodiálisis y las alternativas a la hemodiálisis. Entiendo que las alternativas a la hemodiálisis son: diálisis peritoneal, o trasplante, y que me pueden evaluar para cualquiera de ellas, cuando yo lo decida.

Entiendo que será necesario que yo siga ciertas restricciones en la dieta. Será mi responsabilidad seguir estas restricciones en la dieta y no hacerlo puede causar enfermedad ósea, calcificación del corazón, los vasos sanguíneos y la piel, insuficiencia cardíaca y hasta muerte súbita. Además, entiendo que tomar los medicamentos como mi médico los recetó será mi responsabilidad. El éxito de la hemodiálisis también depende de que yo acceda a permanecer en la máquina por el lapso de tiempo indicado para que mi sangre se pueda limpiar adecuadamente.

HH FORMS **571514 SP_Spanish** R03/11 Printed by the Digital Print Center @ HH

Hartford Hospital
A Hartford HealthCare Partner

6816

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA HEMODIÁLISIS

Notificaré inmediatamente a mi médico sobre cualquier reacción adversa o problema que pueda tener con respecto a estos tratamientos de hemodiálisis.

Autorizo los tratamientos de hemodiálisis repetidos, a menos que específicamente revoque este consentimiento. Este consentimiento se renovará aproximadamente una vez por año.

He leído este consentimiento y entiendo completamente su contenido. He tenido la oportunidad de que respondan mis preguntas con palabras que puedo entender. Por la presente ejecuto este formulario de consentimiento libremente y con total aceptación y conocimiento de su contenido. También entiendo que este es un documento legal.

_____ Fecha _____ Hora _____
Firma del Testigo

_____ Fecha _____ Hora _____
Paciente o Representante
legalmente autorizado

_____ Fecha _____Hora:_____
Firma del Médico

HH FORMS **571514 SP_Spanish** R03/11 Printed by the Digital Print Center @ HH