

**INFORMACIÓN PARA PACIENTES: “HERNIOPLASTIA INFANTIL”**

El presente documento permite entregar información al paciente respecto a la cirugía específica a realizar, por lo que NO CONSTITUYE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El CONSENTIMIENTO INFORMADO, debe ser llenado en el formulario en la página web: www.hospitalcurico.cl, en el enlace: ***https://intranet.hospitalcurico.cl/projects/consentimiento***

#### Objetivo Del Procedimiento

Reparar una falla que existe en la pared del abdomen (orificio), a través del cual sale como Ud. se ha dado cuenta, contenido abdominal.

**Descripción Del Procedimiento**

Bajo anestesia general se efectuara a su hijo (a) una operación de la pared abdominal afectada y se procederá a suturar los tejidos de su abdomen para cerrar ese orificio.

En el post-operatorio deberá quedar en reposo relativo por 7 a 10 días para evitar complicaciones.

**Riesgo Del Procedimiento**

Existen riesgos como todo procedimiento quirúrgicos, como infecciones de la herida operatoria, sangramiento, que raramente ocurren.

Hay también riesgos inherentes a la Anestesia que se minimizan por estar presente un profesional **Medico Anestesiólogo**.

Después de la cirugía queda una cicatriz que se borra casi completamente con el tiempo.

**Alternativas Al Procedimiento**

No hay alternativas.

**Consecuencia De No Aceptar El Procedimiento**

Si usted no acepta el procedimiento la hernia puede seguir creciendo y complicarse, estrangularse y necesitar cirugía de urgencia.

**Mecanismo Para Solicitar Más Información**

Médico tratante, jefe de servicio u otros profesionales.

**Revocabilidad**

Se me señala, que hacer si cambio de idea tanto en aceptar o rechazar el procedimiento, cirugía o terapia propuesta.