



En su situación clínica y tras una exhaustiva evaluación del balance riesgo-beneficio, su médico considera que los beneficios derivados del CIERRE PERCUTÁNEO DE OREJUELA superan los posibles riesgos, por lo que se indica la conveniencia de realizar esta intervención. Si aparecieran complicaciones, el personal médico y de enfermería dispone de los medios y preparación para resolverlos y en ocasiones excepcionales puede requerir de intervenciones más complejas (ingreso en UCI, intubación orotraqueal, colocación de drenajes, intervención quirúrgica urgente...).

Existe una posible alternativa a este tratamiento, que sería la obliteración o cierre de orejuela mediante cirugía cardíaca, pero es una opción muy raramente empleada en la actualidad por ser más agresiva.

Si usted rechaza la intervención, en ningún caso se va a producir desatención sino que se le va a seguir tratando de la mejor manera posible.

Usted debe saber que existe disponibilidad absoluta por parte del médico que le está informando a ampliar la información si usted así lo desea.

### DECLARACIÓN DEL PACIENTE

Estoy satisfecho con la información recibida, he aclarado mis dudas y sé que puedo REVOCAR este consentimiento sin que precise dar ninguna razón, y sin que ello suponga un deterioro de la calidad de la asistencia recibida.

FECHA: Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

**MÉDICO INFORMANTE:**

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..

**Nº de Colegiado:**

**Firma:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..

**D.N.I.:**

**Firma:**

**TESTIGO:**

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

**D.N.I.:**

**Firma:**

En caso de **REVOCACIÓN/DENEGACIÓN** (táchese lo que no proceda) del consentimiento:

FECHA: Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

**MÉDICO**

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..

**Nº de Colegiado:**

**Firma:**

**PACIENTE (O REPRESENTANTE LEGAL):**

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á ..

**D.N.I.:**

**Firma:**

**TESTIGO:**

Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á Á

**D.N.I.:**

**Firma:**