



Nombre: _____ Edad: ____ años Sexo: M F

OBJETIVO

El objetivo del procedimiento quirúrgico al que me someteré es el dividir mi estómago de manera que no pueda ingerir la cantidad de alimento como lo hago ahora (reservorio gástrico), así como realizar un desvío del alimento con la finalidad de disminuir el área de absorción del intestino delgado (desvío intestinal). Este procedimiento es denominado bypass gástrico. Para ésta cirugía debo de contar con un Índice de Masa Corporal (IMC) que es el peso entre la talla al cuadrado; de 35 más una o mas enfermedades crónicas (comorbilidades) ó un IMC de 40 ó más aún cuando no tenga enfermedades agregadas.

Comprendo también que el éxito en la pérdida de peso no depende únicamente del procedimiento, ya que debo de participar en un programa de apoyo nutricional y modificación de mi comportamiento, a través de consultas con psicología o áreas afines. Al aceptar la cirugía me comprometo a seguir la dieta que mi cirujano me proponga, así como hacer uso de suplementos dietéticos en forma de alimentos ó vitaminas de forma prolongada que puede ser de por vida. También entiendo que debo de regresar al consultorio médico de acuerdo a lo planeado que al menos será por un lapso de 2 años.

Las posibles complicaciones que pueden presentarse durante la cirugía ó después de la misma son: Sangrado de las heridas, del intestino, vasos o de órganos dentro de mi abdomen; lesión de órganos sólidos ó del intestino dentro de mi abdomen; fuga de las uniones realizadas (intestino delgado y estómago), fístula intestinal ó gástrica (comunicación del intestino ó estómago con la piel), infecciones intra abdominales, colección de material purulento (absceso intra abdominal); otras complicaciones posibles relacionadas con el procedimiento son aquéllas que se presentan por la combinación de obesidad y la cirugía, las cuales son tromboembolia pulmonar (coágulos originados en las piernas que llegan al pulmón), insuficiencia respiratoria aguda, insuficiencia cardiaca aguda, escaras de decúbito (ulceras en la piel por periodos prolongados en cama ó en cirugía).

YO RESPONDI TOTAL Y HONESTAMENTE A LAS PREGUNTAS HECHAS POR MI CIRUJANO Y LEI Y ENTENDI COMPLETAMENTE LA INFORMACIÓN BRINDADA. TAMBIÉN LE PREGUNTÉ Y RESPONDIERON A TODAS LAS PREGUNTAS RESPECTO AL RIESGO POSIBLE DE COMPLICACIONES POR LA CIRUGIA A LA CUAL SERÉ SOMETIDA (O).

Nombre y firma del paciente ó responsable

Nombre y firma del testigo: _____

DR. LUIS ESTEBAN GONZALEZ MONROY

INSTITUTO MEXICANO DE TRASPLANTES Alta Tensión 580, Cantarranas. Cuernavaca,
Morelos. México Tels: 777 318 3362, 777 318 2789