



Consentimiento Informado para  
Cirugía Endoscópica de Cavidades  
Perinasales

## **Consentimiento Informado para Cirugía Endoscópica de Cavidades Perinasales**

## Consentimiento Informado para Cirugía Endoscópica de Cavidades Perinasaes

---

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

Ciudad:.....Comuna:.....

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: ..... de..... años de edad

Con Domicilio en: .....

Ciudad:.....Comuna:.....

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

**DECLARO:**

Que El/La: Doctor (a) .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico:

**CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE CAVIDADES PERINASALES**

## INFORMACIÓN

La Cirugía Endoscópica de Cavidades Perinasales, es una cirugía programada que consiste en introducir a través de la nariz un endoscopio rígido (tubo con cámara que permite hacer la cirugía), sin realizar incisiones externas (cortes), por lo que no produce alteraciones cosméticas.

La cirugía está indicada para explorar la fosa nasal y las cavidades perinasales, permitiendo tomar biopsias (muestra de tejido para análisis), extraer lesiones (pólipos, quistes, tumores), tratar enfermedades inflamatorias (sinusitis), aspirar secreciones, cauterizar vasos y estructuras nasales, etc. La cirugía endoscópica es el tratamiento actual más adecuado de la sinusitis crónica.

Mediante este procedimiento se pretende mejorar:

.....

La intervención puede realizarse bajo anestesia general o local, dependiendo de la decisión del paciente.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de la intervención tales como: formación de costras, sangramiento leve, dolor de cara, dientes y cabeza. Más raramente puede ocurrir alteración del olfato, edema (aumento de volumen) y equimosis orbitarias (ojo morado), enfisema orbital (aire en la órbita).

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como:

.....

Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por su situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora firmo.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

### **CONSENTIMIENTO**

**CONSIENTO que se LE realice el tratamiento quirúrgico de:**

**CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE CAVIDADES PERINASALES**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....

REVOCACIÓN

Niño/Niña.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad:..... Comuna: .....

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: .....Edad:.....

Con domicilio en: .....

Ciudad: ..... Comuna: .....

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: .....Rut:.....

Firma del Paciente:.....Rut:.....

Firma del representante legal:.....Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).