



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Otoplastía

Consentimiento Informado Para Cirugía De Otoplastía

Consentimiento Informado Para Cirugía De Otoplastía

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

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

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(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)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico para
OTOPLASTÍA.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretenden modificar los pabellones auriculares que se encuentran alterados, y así conseguir un aspecto normal. Hay una variedad de técnicas diferentes usadas por los cirujanos plásticos para utilizar la Otoplastía y para los cuidados en la cirugía.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o de hemoderivados, de cuyos riesgos me informara el Servicio de Anestesia.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la cirugía de Otoplastía, la decisión del individuo de someterse a una cirugía se basa en la comparación del riesgo frente al beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, Ud., debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende todas las consecuencias posibles de la cirugía de Otoplastía:

- **Sangrado:** si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para extraer la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de problemas de sangrado.
- **Infección:** la infección después de este tipo de cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos o cirugía.
- **Cambios en sensibilidad cutánea:** pueden ocurrir cambios temporales en la sensibilidad cutánea después de una Otoplastía, que habitualmente se resuelven. La disminución o pérdida completa de la sensibilidad cutánea ocurre infrecuentemente y puede no resolverse totalmente.
- **Cicatrización:** aunque se espera una buena curación después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales en la piel. Aunque es muy raro, pudiendo necesitarse tratamientos adicionales, incluyendo cirugía para tratar la cicatrización anormal.
- **Asimetría:** puede no conseguirse un aspecto simétrico del cuerpo tras la Otoplastía. Factores como la cicatrización y la rigidez del cartílago pueden contribuir a una asimetría normal en los rasgos corporales.
- **Pérdida de piel:** la pérdida cutánea es muy rara tras una Otoplastía. Pueden necesitarse tratamientos adicionales incluyendo la cirugía.
- **Reacciones alérgicas:** en casos raros se ha descrito alergias locales del esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicamentos usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

También me han indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. También me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta intervención.

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

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

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
OTOPLASTÍA.

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(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).