



Consentimiento Informado  
Ptosis Palpebral

## **Consentimiento Informado Ptosis Palpebral**

## Consentimiento Informado Ptosis Palpebral

---

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 de:  
**PTOSIS PALPEBRAL**

Párpado superior lado.....

## **INFORMACION**

Esta información pretende que ud. Pueda tomar una decisión adecuada sobre la operación a la que va a ser sometido.

### **CONSIDERACIONES GENERALES:**

La PTOSIS PALPEBRAL consiste en una caída del párpado. Su origen puede ser congénito (de nacimiento) o puede ser debida a lesión del tendón o del músculo elevador del párpado o del nervio que inerva a dicho músculo. En algunas ocasiones es debida a enfermedades musculares (distrofias, miopatías) o neurológicas.

Existen dos procedimientos distintos para intentar corregir la ptosis:

La resección de la aponeurosis o del músculo elevador, se suele realizar con anestesia local o general según la edad del paciente. Consiste en un acortamiento del músculo elevador del párpado, de manera que tenga más fuerza.

La suspensión del frontal del párpado suele realizarse con anestesia local o general, según la edad del paciente. Consiste en la colocación de unas bandas subcutáneas que se anudan en la frente. Las bandas pueden ser de material artificial biocompatible o, de fascia lata obtenida de la pierna.

### **RIESGOS/COMPLICACIONES:**

Hematoma o edema palpebral. Suele ser transitorio y cura en 10-15 días.

Infección de la herida. Suele curar con la administración de antibióticos sistémicos.

Hipercorrección/hipocorrección. En estos casos es necesaria una nueva intervención quirúrgica.

Lagofthalmos. En ocasiones, después de la intervención se produce sequedad ocular que requiere el uso de lágrimas artificiales. En la mayoría de los casos es transitorio.

En el caso de utilizar fascia lata procedente de la pierna, queda una cicatriz en el muslo.

En caso de utilizar material sintético puede existir rechazo tisular, lo cual obligue al retiro de dicho material en una nueva cirugía.

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 presto.

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 me realice el tratamiento quirúrgico para:

**PTOSIS PALPEBRAL**

**Párpado superior lado.....**

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).