



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Rinoplastia

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Rinoplastia**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Rinoplastia

---

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 **RINOPLASTÍA**.

## INFORMACIÓN

Mediante este proceso se pretende producir cambios en el aspecto, estructura y función de la nariz. Esta cirugía puede aumentar el tamaño de la nariz, cambiar la forma de la punta, estrechar la anchura de las alas, o cambiar el ángulo entre la nariz y el labio superior. Puede ayudar a corregir defectos de nacimiento, lesiones nasales y problemas respiratorios.

La rinoplastia se diseña para cada paciente dependiendo de sus necesidades. Las incisiones pueden hacerse por dentro de nariz, o disimuladas en lugares poco visibles cuando se realiza una rinoplastia abierta. Puede realizarse junto con una cirugía nasal interna para mejorar la respiración.

El mejor candidato para este tipo de cirugía es el individuo que busca la mejoría no la perfección, en el aspecto de su nariz. Además, tener expectativas realistas, buena salud y estabilidad psicológica son características importantes en un paciente que considere una rinoplastia.

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

Las formas alternativas de manejo, consisten en no realizar cirugía de rinoplastia. Ciertas alteraciones de la vía aérea interna nasal pueden no requerir cirugía en el exterior de la nariz. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados con las formas alternativas de tratamiento que requieren cirugía, como Septoplastía, para corregir alteraciones de la vía aérea nasal.

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 rinoplastia, 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 rinoplastia:

- **Sangrado:** si es postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para detener el sangrado, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía. La hipertensión (aumento de la presión sanguínea), que no está controlada médicamente puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los cúmulos de sangre bajo la piel, pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

- **Infeción:** si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **Cicatrización:** aunque se espera una buena cicatrización de la herida después del procedimiento quirúrgico pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles por las suturas. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.
- **Resultado insatisfactorio:** existe la posibilidad de un resultado insatisfactorio. La cirugía puede producir deformidades inaceptables visibles o palpables, pérdida de función, mal posición estructural o puede que los resultados no coincidan con sus expectativas.
- **Pérdida de sensibilidad:** existe la posibilidad de adormecimiento permanente de la piel nasal después de la cirugía, esto hecho no es predecible y puede no recuperarse totalmente después de la rinoplastia.
- **Asimetría:** la cara humana es normalmente asimétrica. Puede haber variación entre un lado y otro en el resultado de una rinoplastia.
- **Dolor crónico:** un dolor crónico puede ocurrir muy infrecuentemente tras una rinoplastia.
- **Alteraciones o cáncer de piel:** las alteraciones de la piel y el cáncer de piel pueden ocurrir independientemente de la Rinoplastia.
- **Reacciones alérgicas:** en casos raros se ha descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. Estas reacciones pueden requerir tratamiento adicional.
- **Retraso en la cicatrización:** existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada. Algunas zonas de la cara pueden no curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar. Algunas áreas de la piel pueden morir, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.
- **Efectos a largo plazo:** pueden ocurrir alteraciones subsecuentes en el aspecto nasal como consecuencia del envejecimiento, exposición al sol, u otras circunstancias relacionadas con la cirugía. Puede necesitarse cirugía en un futuro y otros tratamientos para mantener los resultados de la cirugía.
- **Perforación del septo nasal:** existe la posibilidad de que la cirugía favorezca el desarrollo de una perforación en el tabique nasal. Si ocurre puede necesitarse tratamiento quirúrgico adicional para reparar el agujero en el septo nasal. En algunos casos puede ser imposible reparar esta complicación.
- **Alteraciones de la vía aérea nasal:** pueden ocurrir cambios después de una Rinoplastia o septoplastia que interfieran en paso normal de aire a través de la nariz.

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:  
**RINOPLASTÍA.**

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).