



Consentimiento Informado del
Tratamiento Quirúrgico de las
Fracturas Máxilo Faciales

Consentimiento Informado del Tratamiento Quirúrgico de las Fracturas Máxilo Faciales

Consentimiento Informado del Tratamiento Quirúrgico de las Fracturas Máxilo Faciales

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:
LAS FRACTURAS MÁXILO FACIALES

INFORMACIÓN

1. Mediante este procedimiento se pretende realizar un aseo quirúrgico, reducir e inmovilizar la fractura expuesta por medio de una intervención quirúrgica, utilizando elementos de osteosíntesis (agujas, tornillos, placas) o fijadores externos, según el grado de lesión de las partes blandas hasta que se logre la consolidación ósea del segmento lesionado los que de acuerdo a la evolución del cuadro requerirían o no su retiro en e futuro.
2. El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general.
3. El tratamiento consiste en la colocación de un fijador externo o interno, para inmovilizar y estabilizar el segmento lesionado una vez que los fragmentos óseos han logrado una alineación adecuada y además el manejo quirúrgico de las partes blandas lesionadas, asociado a un esquema de tratamiento antibiótico estandarizado en el servicio.
4. El médico me ha explicado que un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.
5. También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica de reducción si no se logra una adecuada alineación de los fragmentos con los implantes de primera elección o por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.
6. 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 toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.
 - **Poco graves y frecuentes:** sangrado de la herida quirúrgica. Hematomas. Erosiones cutáneas. Dolor prolongado en la zona de la lesión. Disminución de movilidad articular.
 - **Poco frecuentes y de mediana gravedad:** Osteomielitis aguda o crónica. Consolidación en mala posición. Retardo de consolidación. Pseudos artrosis. Rigidez articular.
7. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.
8. El médico me ha 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.

9. Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada, estado bucal) aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

10. El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la fractura ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces, teniendo mayores riesgos seculares funcionales

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 comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho 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:
LAS FRACTURAS MÁXILO FACIALES

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).