



Consentimiento Informado Para  
Amigdalectomía Y/O Adenoidectomía  
Infantil

## **Consentimiento Informado Para Amigdalectomía Y/O Adenoidectomía Infantil**

## Consentimiento Informado Para Amigdalectomía Y/O Adenoidectomía Infantil

---

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: para **AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA INFANTIL**

## INFORMACIÓN

Es una cirugía programada que consiste en la extirpación (extracción) de las amígdalas y/o adenoides, según sea el caso, seguido de una hemostasia (corrección del sangramiento de la zona operada).

A través, de esta cirugía se busca y espera sacar el foco infeccioso (amígdalas y/o adenoides), aliviar la obstrucción respiratoria y el ronquido según sea la indicación quirúrgica.

El tiempo estimado de cirugía es de 1 a 2 horas variando según el caso. Se requiere el uso de anestesia, la que será determinada por el médico.

En condiciones normales, se espera que durante el período postoperatorio se presente sangramiento (dentro de las 4 a 6 horas siguientes de la intervención); dolor; deshidratación producto de la limitación en la ingesta (consumo) de líquidos o debido a la presencia de vómitos y/o náuseas, todo lo cual será objeto de observación y tratamiento.

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 le realice el tratamiento quirúrgico para:

**AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA INFANTIL**

Firma: El/ la Médico:.....

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).