



Consentimiento Informado
Cirugía Del Chalazión

Consentimiento Informado Para Cirugía Del Chalazión

Consentimiento Informado para Cirugía del Chalazión

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: **CIRUGÍA DE CHALAZIÓN**

OJO Derecho
 Izquierdo

INFORMACIÓN

El chalazión es una inflamación quística de las glándulas del borde palpebral, por obstrucción de sus conductos de salida. Su contenido es material sebáceo producido por la propia glándula. Se presenta como un nódulo en el borde del párpado que inicialmente está inflamado y puede drenar espontáneamente hacia la conjuntiva o por la piel. Cuando su evolución espontánea no se produce, requiere de drenaje quirúrgico.

En qué consiste el drenaje de Chalazión

En pacientes adultos se realiza con anestesia local, en niños se requiere de anestesia general. Se realiza una incisión vía conjuntival o eventualmente vía externa (por piel) y se vacía el contenido, dejando que cicatrice espontáneamente. Se mantiene parche compresivo por 24 horas. El chalazión puede volver a aparecer en la glándula vecina o en el párpado contra lateral.

Riesgos del drenaje del Chalazión

- Hemorragias del párpado.
- Erosión corneal.

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 le realice el tratamiento quirúrgico para: **CIRUGÍA DE CHALAZIÓN**

OJO Derecho
 Izquierdo

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).