



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Fracturas Faciales

Consentimiento Informado Para Cirugía De Fracturas Faciales

Consentimiento Informado – Maxilofacial

Consentimiento Informado Para Cirugía De Fracturas 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) :

1. Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de:
FRACTURAS FACIALES.

INFORMACIÓN

- 1) Mediante este procedimiento se pretende restaurar la anatomía ósea normal del macizo facial, perdida por la fractura de éste, al mismo tiempo que lograr la fisiología anterior al accidente, como por ejemplo la motilidad ocular en algunas fracturas de tercio superior, o la masticación en las fracturas de mandíbula o tercio medio de cara.
- 2) El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.
- 3) Este tipo de cirugía consiste en la reducción de los segmentos de hueso fracturados mediante abordajes por dentro de la boca o en la piel de la cara según el segmento fracturado, pudiendo ser necesario para esto poner arcos metálicos en las arcadas dentarias. Luego de lograr una reducción adecuada, se fijan los segmentos fracturados con prótesis metálicas que se atornillan a los huesos. Finalmente se cierran las heridas de la manera lo más estética posible. Existen algunas fracturas que no requerirán fijaciones metálicas como la mayoría de las fracturas de arco cigomático.
- 4) Comprendo que a pesar de la adecuado elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse afectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos, como otros específicos del procedimiento.
- 5) **Poco graves y frecuentes:** Infecciones o sangrado de herida quirúrgica, colección de líquido en la herida, flebitis, cicatrices retractiles, dolor prolongado en la zona de la operación.
- 6) **Poco frecuente y graves:** Necrosis de segmentos óseos, fractura o aflojamiento de las prótesis, reducción insuficiente o movilización de los segmentos reducidos, daño a estructuras nerviosas como el nervio facial y/o sus ramas en las fracturas de cóndilo mandibular. El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden resolverse con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.
- 7) El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa en ocasiones **como:**
.....
- 8) También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencias de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
- 9) Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de complicaciones **como:**
.....
- 10) El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es la cirugía, ya que no es factible de otro modo reposicionar los huesos adecuadamente.



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 de acuerdo con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSENTIMIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
FRACTURAS 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).