



Consentimiento Informado Cirugía  
De Quiste Ovárico

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Quiste Ovárico**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Quiste Ovárico

---

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 hija al tratamiento quirúrgico de  
**QUISTE OVÁRICO**

LADO      Derecho      
              Izquierdo

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende, extirpar el quiste y solucionar sus síntomas. El quiste ovárico consiste en una colección líquida rodeada por una cápsula. Puede estar presente en el feto y al momento de nacer, como aparecer con posterioridad. Sus causas pueden ser funcionales (hormonales) o tumorales, ya sea benignos o malignos.

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 informarán el servicio de anestesia.

El tratamiento depende del tipo de quiste. Dependiendo del tamaño, los quistes funcionales pueden necesitar tratamiento quirúrgico para evitar la torsión del ovario o la ruptura del quiste.

En tumores benignos se suele extirpar solo el quiste, si las condiciones quirúrgicas lo permiten, siendo a veces necesario sacar el ovario y a veces la trompa.

En las lesiones malignas se realizará una biopsia rápida y de acuerdo a los hallazgos, se extirpará los tejidos comprometidos.

Posteriormente puede requerir de quimioterapia y/o radioterapia de acuerdo a la naturaleza de la lesión. Se me ha advertido que otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios.

Este procedimiento puede ser realizado por vía laparoscópica si el cirujano encuentra que el caso lo amerita.

El médico me ha explicado que si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

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.

Estos pueden ser:

- **Poco graves y frecuentes:** Infección o sangrado de la herida quirúrgica, Hematoma. Dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica, Flebitis.
- **Poco frecuente y de mediana gravedad:** Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.
- **Pocos frecuentes y graves:** shock anafiláctico y/o hemodinámico. Sepsis.
- **Específicos de la cirugía:** Infección y/o hematoma de las heridas operatorias. Colecciones o sangramiento intrabdominales. Recidiva de la lesión.

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. El médico me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....  
El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica.

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: **QUISTE OVÁRICO**

**LADO**            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).