



Consentimiento Informado Para
Cirugía Del Colesteatoma

Consentimiento Informado Para Cirugía Del Colesteatoma

Consentimiento Informado Para Cirugía Del Colesteatoma

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 **CIRUGÍA DEL COLEASTOMA**

OIDO Derecho

Izquierdo

INFORMACIÓN

Es una cirugía programada que consiste en una incisión en la piel detrás de la oreja y se realiza un fresado del hueso que rodea al oído medio que permita la extracción total del Colesteatoma, y una ampliación del conducto auditivo externo que permita el aseo de la cavidad en el postoperatorio precoz y tardío.

Tras la intervención, se coloca un taponamiento en el conducto y un vendaje en la cabeza si la vía de entrada ha sido por detrás de la oreja. En último caso, la incisión se cierra mediante unos puntos de sutura que se retirarán entre los 5 y los 7 días.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables así como;

- Aparición de acúfenos (ruidos en el oído)
- Vértigos de duración variable
- Disgeusia (alteraciones en la sensación gustativa).

También es posible que aparezcan infecciones, tanto a nivel del oído, como a nivel cerebral, tales como meningitis o abscesos cerebrales. En el caso del oído, cabe la posibilidad de que, tras la intervención y a lo largo del tiempo, se produzca, una supuración que requiera diferentes tratamientos médicos.

El médico me ha explicado que para la realización de esta técnica puede ser necesaria una preparación previa, en ocasiones con peculiaridades como:

.....
Aunque puede ser posible su realización sin una preparación completa.

También me ha explicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

Por su situación actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

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 DEL COLEASTOMA**

OIDO 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).