



Consentimiento Informado Corrección
De Fisura Palatina

Consentimiento Informado Para Corrección De Fisura Palatina

Consentimiento informado para corrección de Fisura Palatina

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 CERRAR la **FISURA PALATINA**

INFORMACIÓN

En esta intervención se usa la técnica combinada de Wardill-Killner y unión muscular intravelar de Kriens. En donde básicamente se realizan en el paladar, incisiones que logran levantar 2 colgajos mono o bipediculados, los que se suturan en la línea media cerrando el defecto y elongando el paladar blando, esta sutura se realiza con puntos reabsorbibles, por lo tanto, habitualmente no es necesario retirarlos, ya que se eliminan espontáneamente entre los 10 y los 14 días.

La doctora me ha advertido que para realizar la intervención se requiere la administración de anestesia general, y que es posible que durante o después de la intervención en circunstancias muy excepcionales, sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el Servicio de Anestesia.

También sé, que es probable que durante la cirugía se realice alguna modificación de la técnica quirúrgica original, por eventual hallazgo intraoperatorio, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado para el caso específico.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica quirúrgica, y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, denominados complicaciones.

Las complicaciones pueden ser menores o mayores, pueden propias de esta cirugía, o comunes a cualquier procedimiento quirúrgico. Entre las más comunes se encuentra la infección local o sistémica, el sangrado intra operatorio o post operatorio inmediato.

También me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, curaciones locales, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica o revisión bajo anestesia general.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa especial, tal como. **AYUNO ADECUADO SEGÚN EDAD Y TIPO DE ALIMENTO.**

He sido informada acerca de la necesidad de advertir de posibles alergias medicamentosas detectadas previamente, alteraciones de la coagulación, existencia de otras enfermedades congénitas, enfermedades cardiopulmonares, alteraciones del metabolismo, existencias de prótesis, marcapasos, ingesta de medicamentos a permanencia, antecedentes de cicatrices inconvenientes en los familiares directos del paciente, o cualquier otra circunstancia que me parezca especial.

El médico me ha dado a conocer que esas condiciones pueden aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como: dehiscencia de la herida operatoria, sangrado, infección, cicatriz hipertrófica o indeseable.

Él médico me ha explicado que en esta patología no existe otra alternativa eficaz de tratamiento y que tomando las precauciones correspondientes y con una adecuada técnica quirúrgica los riesgos se minimizan, aunque no desaparecen.

Declaro también que he sido informada acerca de los cuidados post operatorios especiales en esta cirugía que están en relación con la delicadeza con la que se debe alimentar el paciente en la primera semana después de la intervención, además de evitar que lleve a su boca o succione cualquier cuerpo extraño.

También me ha explicado que debo evitar los contagios de enfermedades respiratorias y/o gastrointestinales por lo que el paciente no debe ser expuesto a otros niños que presenten patologías sospechosas en los 10 primeros días de post operatorio.

Declaro que he comprendido las explicaciones, que el lenguaje ha sido claro y sencillo. El médico, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado acerca de esta intervención.

También entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que entiendo 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: **CORRECCIÓN FISURA PALATINA**

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).