



Consentimiento Informado De  
Extirpación De Lesiones Del  
Desarrollo De Cabeza Y Cuello

## **Consentimiento Informado De Extirpación De Lesiones Del Desarrollo De Cabeza Y Cuello**

## Consentimiento Informado De Extirpación De Lesiones Del Desarrollo De Cabeza Y Cuello

---

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) : .....

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de  
**EXTIRPACIÓN DE LESIONES DEL DESARROLLO DE LA CABEZA Y CUELLO.**

## INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende solucionar las complicaciones asociadas a las anomalías congénitas del desarrollo de los Arcos branquiales y/o el Conducto tirogloso, como Fístulas, Senos y Tumores quísticos o sólidos, 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 informará el servicio de anestesia.

Este tipo de cirugía consiste en la extirpación de Fístulas, Senos o Tumores quísticos o sólidos, benignos o malignos desarrollados en estas estructuras a través de una o varias incisiones en el cuello. El médico me ha explicado que en ciertas ocasiones tras la extirpación completa de las lesiones es necesario extirpar otros órganos en base a los hallazgos, como el tiroides en caso de que el tumor tirogloso sea maligno.

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.

**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.

**Poco frecuentes y graves:** Inflamación grave de los linfáticos del cuello, recidiva de la enfermedad, sangrado importante, alteraciones locales de los nervios. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica o no solucionarse por completo como en el caso de las lesiones nerviosas.

El médico me ha indicado que para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa en ocasiones, como:

.....

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.

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

.....

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es la cirugía, ya que no existe otra alternativa terapéutica eficaz.

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:  
EXTIRPACIÓN DE LESIONES DEL DESARROLLO DE LA CABEZA Y CUELLO.

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).