



Consentimiento Informado
Para Lesiones Palpebrales
Menores

Consentimiento Informado Para Lesiones Palpebrales Menores

Consentimiento Informado Para Lesiones Palpebrales Menores

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 para:

LESIONES PALPEBRALES MENORES

Párpado superior

Párpado Inferior

Lado del Ojo:.....

INFORMACIÓN

Las lesiones palpebrales incluyen un grupo de lesiones que afectan al párpado pero que normalmente tienen un comportamiento benigno, pero no se puede descartar un proceso maligno por lo cual su lesión, será enviada a analizar para confirmar su naturaleza benigna.

La extirpación de la lesión suele realizarse con anestesia local, salvo casos excepcionales.

RIESGOS

Los riesgos derivados de la intervención son los siguientes:

- Hematoma palpebral o edema (suele ser transitorio y cura espontáneamente).
- Infección de la herida (es rara y se trata con antibióticos)
- Cicatrices palpebrales (depende de la capacidad de cicatrizaciones excesivas se denominan queloides)
- Reintervenciones (pueden ser debidas a que la lesión no sea extirpada en su totalidad o que al analizar la lesión, no se trate de lesión benigna, sino de una tumoración maligna que obligue a operar de nuevo).

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 me realice el tratamiento quirúrgico para:

LESIONES PALPEBRALES MENORES

Párpado superior

Párpado Inferior

Lado del Ojo:.....

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).