



Consentimiento Informado Para
Miringoplastía

Consentimiento Informado Para Miringoplastía

Consentimiento Informado Para Miringoplastía

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 mi situación, al tratamiento quirúrgico de
MIRINGOPLASTÍA

OIDO Derecho

Izquierdo

INFORMACIÓN

La Miringoplastía, se realiza para tratar una enfermedad llamada otitis media crónica que consiste en un perforación de la membrana timpánica e infecciones recurrentes del oído medio con la entrada de agua, que pueden llevar a variadas complicaciones como infecciones al oído interno, endocraneanas y mayor pérdida de audición, entre otras. Consiste en la reparación de la membrana timpánica.

Mediante este procedimiento se pretende evitar las complicaciones infecciosas endocraneanas y del oído interno. También se espera evitar las infecciones recurrentes del oído por la entrada de agua y por lo tanto se pretende mejorar la calidad de vida. La intervención se realiza preferentemente bajo anestesia general.

Como materiales de reparación del tímpano se utilizan tejidos del propio paciente-pericondrio, fascia temporal, cartílago o periostio.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, en las primeras horas pueden aparecer ligeras molestias en el oído, mareo, náuseas, vómitos, sensación de adormecimiento en la cara por la anestesia, infección local postoperatoria, fracaso de la cirugía con pérdida del injerto, además es posible que reaparezcan la infecciones, aun a pesar de que la perforación timpánica se haya cerrado completamente. Otra complicación menos frecuente es la aparición de acúfenos (ruidos en el oído) que pueden quedar como secuela; vértigos (que tienen una duración variable) etc.

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 las posibles alergias medicamentosas, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.



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 de **MIRINGOPLASTIA**.

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).