



Consentimiento Informado  
Resección De Tumor Orbitario O  
Biopsia Operatoria

## **Consentimiento Informado Resección De Tumor Orbitario O Biopsia Operatoria**

## Consentimiento Informado Resección De Tumor Orbitario O Biopsia Operatoria

---

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:

**RESECCIÓN DE TUMOR ORBITARIO O BIOPSIA OPERATORIA**

Cavidad orbitaria lado:.....

## INFORMACIÓN

- El propósito del procedimiento a realizar me ha sido explicado detalladamente y consiste en lograr la resección completa o parcial de la lesión para realizar estudios histopatológicos que determinen las características de dicha lesión. Se me ha informado detalladamente de las complicaciones que puedan suceder durante la cirugía y soy consciente de los posibles problemas que puedan surgir de los diferentes procedimientos que he autorizado se me realicen.
- Me han explicado que la manipulación quirúrgica en un espacio pequeño y complejo como es la cavidad orbitaria, puede causar pérdida de la visión debido a alteraciones vasculares o mecánica del nervio óptico; que la sensibilidad periorbitaria, en especial en la región maxilar y bucal puede quedar alterada de manera postoperatoria debido a la manipulación de los nervios sensitivos de dichas zonas, existiendo por lo general una recuperación completa de la sensibilidad en un lapso aproximado de 6 meses; que la manipulación quirúrgica de la órbita puede producir un desbalance en la motilidad ocular, bien sea por efectos mecánicos o por la alteración de la inervación motora de los músculos extraoculares, lo que podría originar la aparición de visión doble en el post-operatorio; conozco que puede producir una hemorragia intraorbitaria en el postoperatorio y las consecuencias (como pérdida de visión) que ésta puede traer; por lo que autorizo a dejar un drenaje que será retirado en el post-operatorio cuando se considere prudente. Conozco que durante la cirugía orbitaria, en caso que se manipulen las estructuras óseas que la componen, se puede producir una disrupción involuntaria del espacio craneal con la consiguiente pérdida de líquido cefalorraquídeo que será reparada intraoperatoriamente, pero que puede ser motivo de una nueva cirugía y ser, muy raramente, causa de una infección del sistema nervioso central.
- Asumo que existen riesgos inherentes a cualquier cirugía como las infecciones postoperatorias, hemorragias o accidentes quirúrgicos como perforación involuntaria del globo ocular; conozco que los cirujanos autorizados han tomado todas las precauciones debidas para evitar este tipo de complicaciones, pero que pueden ocurrir. A su vez, se me ha informado acerca de los riesgos que conlleva el uso de anestesia local y general y sé que han tomado las precauciones necesarias para evitarlas por parte de los cirujanos y del equipo anestésico.
- Entiendo que durante la cirugía se pueden observar situaciones que no se han detectado previamente o surgir condiciones que requieren la realización de algún procedimiento quirúrgico adicional que no ha sido explicado anteriormente, por lo que autorizo a los doctores a realizar los procedimientos operatorios adicionales que consideren necesarios durante el acto quirúrgico. Igualmente estoy consciente de que la decisión quirúrgica definitiva puede cambiar y depender, de ser el caso, del resultado de la biopsia intraoperatoria, la cual puede cambiar o confirmar el diagnóstico clínico previamente realizado, por lo que autorizo al equipo médico-quirúrgico a tomar la decisión que crea más conveniente según el resultado de la biopsia intraoperatoria.



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 de:  
**RESECCIÓN DE TUMOR ORBITARIO O BIOPSIA OPERATORIA**

Cavidad orbitaria lado:.....

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).