



Consentimiento Informado Para  
Cirugía De Tumores Baso celular Y  
Otros Tumores De Párpados

## **Consentimiento Informado Para Cirugía De Tumores Baso celular Y Otros Tumores De Párpados**

## Consentimiento Informado Para Cirugía De Tumores Baso celular Y Otros Tumores De Párpados

---

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:  
**TUMORES BASO CELULAR Y OTROS TUMORES DE PÁRPADOS**

Párpado superior

Párpado Inferior

Del ojo.....

## INFORMACIÓN

Los tumores basocelulares son tumores malignos y que, por lo tanto, deben ser extirpados quirúrgicamente, ya que otros métodos de tratamiento no han demostrado tanta eficacia como la cirugía. Como todos los tumores malignos, cuando se extirpan deben de extirparse tanto el tumor como un margen de tejido aparentemente sano alrededor del tumor para estar relativamente seguros de que son eliminados. Después de ser extraídos, los márgenes de resección son analizados para comprobar si están limpios o no. En caso de que estos márgenes estén afectados, debe volverse a intervenir para eliminar la lesión. Son lesiones de buen pronóstico.

## RIESGOS

Los riesgos derivados de la intervención dependen fundamentalmente del tamaño del tumor. Cuanto más grande sea, mayor cantidad de tejido hay que eliminar, por lo cual, la reconstrucción posterior del defecto que queda después de su eliminación es más difícil. Entre los riesgos asociados a la intervención destaca:

- Edema y hematoma palpebral (suele ser transitoria y cura espontáneamente).
- Infección de la herida (se trata de antibióticos).
- Deformidades del margen palpebral (puede quedar hacia fuera o hacia dentro después de la intervención. Esta situación hace preciso una reintervención para resolver el problema).
- Pérdida de pestañas
- Necesidad de utilizar un párpado diferente del afectado para la obtención de injertos. En ocasiones, es preciso saturar un párpado al otro, 4-6 semanas para la corrección de grandes tumores palpebrales.
- Reintervención (se realiza sobre todo si los márgenes estudiados están afectados).
- Recidiva del tumor, esto es que vuelva a aparecer en la misma ubicación u otra distinta a la original.

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  
TUMORES BASO CELULAR Y OTROS TUMORES DE PÁRPADOS**

Párpado superior

Párpado Inferior

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).