

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DACRICISTORRINOSTOMIA EXTERNA**

FECHA:.....

**DATOS DE IDENTIFICACION**

Nombre y apellidos del paciente.....RUT:.....  
Nombre y apellidos (Representante legal).....RUT:.....

**DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha explicado que estos procedimientos es una cirugía programada en que bajo visión microscópica, a través del conducto auditivo o por una incisión realizada detrás del pabellón auricular. Se coloca un injerto (para cerrar la perforación del tímpano) de membranas que cubren músculos o cartílago del oído, tomados siempre del propio paciente. Cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionar el tratamiento más adecuado. Puede asociarse a operación sobre los cornetes nasales cuando estos participan en la obstrucción nasal. El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

**BENEFICIOS DEL PROCEDIMIENTO**

Se me ha informado que la Miringoplastia es una operación para cerrar una rotura timpánica debido a perforación timpánica u otitis medias crónicas simples.

**RIESGOS GENERALES Y ESPECIFICOS DEL PROCEDIMIENTO**

Comprendo que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento, que pueden ser:

- Durante las primeras horas, tras la cirugía, pueden aparecer ligeras molestias en el oído como dolor, sensación de oído tapado, ruido, etc., así como ligero adormecimiento de la cara o de la oreja.
- Es frecuente que se manche el taponamiento del conducto y/o el vendaje de sangre.
- Posibilidad de que el injerto no cierre la perforación, lo que haría necesaria una reoperación.
- Posibilidad de que aumente la pérdida de la audición y, excepcionalmente, de que se pierda completa.
- Aparición de acúfenos (ruidos en el oído) normalmente transitorios, vértigos (mareos) que suelen ser pasajeros.
- Disgeusia (alteraciones en la sensación del gusto) transitorias.
- Parálisis facial (parálisis del nervio de los músculos de la cara), muy raro.
- Posibles quistes de la piel en el conducto auditivo, muy raros.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

**RIESGOS PERSONALIZADOS Y OTRAS CIRCUNSTANCIAS**

.....  
.....



DECLARACION Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- Que se me ha informado de la posibilidad de utilizar el procedimiento en un proyecto docente o de investigación, sin que comporte riesgo adicional sobre mi salud.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MEDICO

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

Sr(a). .....  
 RUT. ....  
 Firma: .....

NEGACION (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT: .....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

REVOCACION

REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco. / (que padece el paciente .....  
 ..... )

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal: .....  
 RUT:.....  
 Firma:.....  
 Fecha:.....

