

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE LAS FRACTURAS DE LA CARA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente..... Edad:.....

Nombre y apellidos (Representante legal).....

DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS

- Mediante este procedimiento se pretende restaurar la anatomía ósea normal del macizo facial, perdida por la fractura de éste, al mismo tiempo que lograr la fisiología anterior al accidente, como por ejemplo la motilidad ocular en algunas fracturas de tercio superior, o la masticación en las fracturas de mandíbula o tercio medio de cara.

PROCEDIMIENTO

- Este tipo de cirugía consiste en la reducción de los segmentos de hueso fracturados mediante abordajes por dentro de la boca o en la piel de la cara según el segmento fracturado.

CARACTERÍSTICAS

- Para este procedimiento puede ser necesario poner arcos metálicos en las arcadas dentarias. Luego de lograr una reducción adecuada, se fijan los segmentos fracturados con prótesis metálicas que se atornillan a los huesos. Finalmente se cierran las heridas de la manera lo más estética posible. Existen algunas fracturas que no requerirán fijaciones metálicas como la mayoría de las fracturas de arco cigomático.
- 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.
- 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.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS 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.
- Poco graves y frecuentes: 1. Infecciones o sangrado de herida quirúrgica. 2. Colección de líquido en la herida, Flebitis. 3. Cicatrices retráctiles. 4. Dolor prolongado en la zona de la operación.
- Poco frecuente y graves: Necrosis de segmentos óseos, fractura o aflojamiento de las prótesis, reducción insuficiente o movilización de los segmentos reducidos, daño a estructuras nerviosas como el nervio facial y/o sus ramas en las fracturas de cóndilo mandibular.
- El médico me ha explicado que estas complicaciones pueden resolverse con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.
- 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.

DECLARACIÓN 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.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

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

NEGACIÓN (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:

REVOCACIÓN

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: