

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE BLEFAROPLASTÍA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

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

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

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se puede mejorar la piel flácida y las bolsas y puede ayudar a mejorar la visión en personas mayores que presentan un exceso importante de párpado superior que cae sobre la pupila.
- Aunque puede crear un pliegue en el párpado superior de un ojo de tipo asiático, no borrará la evidencia de los rasgos raciales o étnicos.
La blefaroplastía no elimina las patas de gallo u otras arrugas, ni las ojeras oscuras, así como tampoco levanta las cejas caídas.
- La cirugía de los párpados no puede detener el proceso de envejecimiento, pero puede, sin embargo, disminuir el aspecto de piel flácida y bolsas en la región de los párpados.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que la blefaroplastía es un procedimiento quirúrgico cuyo fin es eliminar el exceso de piel y músculo de los párpados tanto superiores como inferiores, así como el tejido graso subyacente.
- La blefaroplastía se diseña de manera individual para cada paciente, dependiendo de sus necesidades particulares. Puede realizarse de manera aislada para párpados superiores, inferiores o ambos, o en combinación con otros procedimientos quirúrgicos sobre los ojos, cara, cejas o nariz.
El tipo de anestesia requerida será la indicada por su médico tratante. Es necesario que advierta de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.
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 frecuentes y poco graves: infección o hemorragia de la herida operatoria, hematoma, dolor en la zona de operación, pérdida de pestañas.
- Poco frecuentes y graves: dolor postoperatorio prolongado, problemas de sequedad ocular, ectropion (separación entre párpado inferior y el globo ocular), alteraciones y retrasos en la cicatrización, quistes cutáneos causados por las suturas. Recuerde que los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.
- Muy poco frecuente, 1:50.000 pacientes, puede presentar una hemorragia orbitaria que podría comprometer gravemente la visión a causa de compresión del nervio óptico.
- Pueden ocurrir efectos a largo plazo en el aspecto del párpado, como consecuencia del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, exposición al sol.
- 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:.....