

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
CIRUGÍA DE RINOPLASTIA (NARIZ LEPORINA)**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**Cirugía de Rinoplastia (Nariz Leporina)**, mediante este procedimiento se pretende: dar simetría a la punta nasal, levantando el cartílago alar afectado, dar simetría al piso nasal, mejorar la proyección de la punta nasal.

En esta intervención se realizan incisiones intranasales para evitar las cicatrices se disecan los cartílagos que se encuentran mal posicionados y se reubican en una situación más armónica, es posible que sea necesario realizar injerto de cartílago tomado de las estructuras cartilaginosas de la nariz o de cartílago auricular si el tejido local no fuera suficiente. La sutura que se emplea es reabsorbible de modo que no es necesario retirarla, en ocasiones excepcionales se emplea sutura irreabsorbibles para fijar injerto de cartílago que luego deberá retirarse. La forma y los cambios logrados se aseguran y mantienen con cintas adhesivas y/o yeso modelador.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesthesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias, insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como otros específicos del procedimiento:

**Entre las más comunes se encuentra** la infección local o sistémica, el sangrado intra operatorio o post operatorio inmediato.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, curaciones locales, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica o revisión bajo anestesia general.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Para la realización de ésta técnica puede ser necesaria una preparación previa especial, tal como: Ayuno Adecuado, Según Edad y Tipo de Alimento.

En esta patología no existe otra alternativa eficaz de tratamiento, tomando las precauciones correspondientes y con una adecuada técnica quirúrgica los riesgos se minimizan, aunque no desaparecen.

**Los cuidados post operatorios especiales** en esta cirugía están en relación con la delicadeza con la que se debe alimentar el paciente en la primera semana después de la intervención, además de evitar las actividades bruscas para impedir que se golpee o traumatice la zona intervenida. También se debe evitar los contagios de enfermedades respiratorias y/o gastrointestinales por lo que el paciente no debe ser expuesto a otros niños que presenten patologías sospechosas en los 10 primeros días de post operatorio.

#### **CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

#### **DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **la Cirugía de Rinoplastia (Nariz Leporina)**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE RINOPLASTIA (NARIZ LEPORINA),** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_  
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)