

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO DE
VIDEONASOFARINGOLARINGOSCOPIA**

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

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La videonasofaringolaringoscopia, es un procedimiento utilizado para visualizar de manera dinámica la anatomía y el funcionamiento de la cavidad nasal, faringe y laringe, con el objetivo de diagnosticar enfermedades en estas áreas.

Se utiliza un endoscopio flexible que contiene una fibra óptica con una cámara en la punta, la cual se introduce a través de la nariz del paciente para visualizar la zona a explorar. Este instrumento permite la iluminación y visualización de la zona patológica. En algunas ocasiones, se podría disponer de un canal de trabajo que permite el uso de diferentes herramientas para tratar diversos procesos en la faringe o la laringe. Además, puede contar con un canal de aspiración que permite la extracción de secreciones o sangre durante el procedimiento. En ocasiones, este método diagnóstico también se utiliza para realizar biopsias en el área explorada, extirpar pequeñas lesiones o administrar inyecciones de ciertas sustancias.

La videonasofaringolaringoscopia se realiza bajo anestesia local. Una vez finalizada la exploración, el paciente **no debe ingerir alimentos sólidos o líquidos durante aproximadamente 30 minutos**. Esto se debe a que, al estar anestesiado el área faringolaríngea, existe el riesgo de que se produzcan falsas rutas en la deglución, lo cual podría provocar la aspiración de alimentos o saliva hacia las vías respiratorias.

Es importante destacar que, en el caso de los niños, este procedimiento se realiza con anestesia local y se les inmoviliza para mayor comodidad y seguridad.

Riesgos:

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 (infección, hemorragia intra o postprocedimiento) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como arritmias intraoperatorias, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

- Durante los días posteriores al procedimiento, el paciente puede experimentar disfagia o odinofagia, que se caracterizan por dificultad y dolor al tragar.
- Puede presentar hemoptisis o hematemesis, que consisten en la emisión de sangre por la boca procedente del aparato respiratorio o digestivo. Debido al uso de diferentes sustancias

durante el procedimiento, como la anestesia local u otros productos, existe la posibilidad de que se produzca una reacción alérgica a los mismos.
Es importante estar atentos a cualquier síntoma inusual y comunicarlo de inmediato al personal médico.

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 el procedimiento de **videonasofaringolaringoscopia** 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 VIDEONASOFARINGOLARINGOSCOPIA CON ANESTESIA LOCAL, 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:	FECHA: ____/____/____	HORA:
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)