

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PUNCIÓN TIMPÁNICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

NOMBRE 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 solicitarle a su médico le ayude, él estará bien 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.

Usted debe saber que todos los profesionales de Clínica Vespucio que participarán en la intervención ponen la mayor diligencia y entrega en su atención.

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

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

La **punción timpánica** es una cirugía programada que consiste en realizar una pequeña incisión (corte) en la membrana timpánica (membrana que cubre el oído) con el objeto de vaciar (sacar) el contenido del oído medio (aire o líquido) y/o realizar una toma de muestras, a través del conducto auditivo, para su estudio. Esta cirugía puede ir acompañada de la colocación de colleras (tubos de ventilación), según sea necesario.

A través, de esta cirugía se busca y espera mejorar la audición del paciente, disminuir la presión del oído medio, evitando con ello que la membrana timpánica sufra mayores daños.

En condiciones normales, es posible que durante el período postoperatorio el paciente presente leve sangramiento, sensación de oído tapado y/o dolor leve a moderado, todo lo cual será objeto de observación y tratamiento.

Siendo poco frecuente, puede ocurrir que se presente un dolor importante, sangramiento más que leve, zumbido de oído, vértigo y/o mareos.

Son complicaciones posibles de la cirugía presentar una infección postoperatoria; la perforación timpánica persistente posterior a caída de la collera; pérdida de audición; caída de la collera; retención de collera (no botar espontáneamente la collera después de cierto tiempo) y/o formación de colesteatoma (quiste que se forma dentro del conducto auditivo). Algunas de estas complicaciones pueden requerir de una nueva cirugía.

El tiempo estimado de cirugía es de 1 a 2 horas variando según cada caso. Se requiere del uso de anestesia, la que será determinada por la médico anestesista atendida las características, beneficios y riesgos para el paciente. Durante la intervención algunas veces se podrán tomar biopsias (muestra de los tejidos para su examen).

El tiempo de duración del postoperatorio inmediato y la hospitalización dependerá de las características particulares de cada paciente, pudiendo variar, estimándose como promedio 6 a 8 horas.

Es importante tener presente que los pacientes con enfermedades crónicas, metabólicas (como diabetes) o cardiovasculares tienen un mayor riesgo quirúrgico. Sobre el particular se puede solicitar mayor información al médico.

Es también importante que usted sepa que, en ocasiones, es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados (derivados de la sangre). Eventualmente podría ser necesario trasladarla a una unidad de tratamiento intensivo o intermedio dentro de la Clínica o a otro centro hospitalario.

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 (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 cirugía de Punción timpánica, 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. Entiendo que en caso de que mi revocación se produzca una vez iniciada la intervención, ésta podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE PUNCIÓN TIMPÁNICA, 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 de que sea diferente a quién realiza Procedimiento)