

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE OTOPLASTÍA**

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 del procedimiento 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 Otoplastía, mediante este procedimiento se pretenden modificar los pabellones auriculares que se encuentran alterados, en su posición, forma y/o tamaño. Para esto pueden ser necesarias distintas técnicas y distintas cicatrices. En ocasiones también es necesaria la resección de cartílago.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anesestesiólogo, 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:**

- **Sangrado:** si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento de urgencia para extraer la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que pueden aumentar el riesgo de problemas de sangrado.
- **Infección:** la infección después de este tipo de cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos o cirugía.
- **Cambios en sensibilidad cutánea:** pueden ocurrir cambios temporales en la sensibilidad cutánea después de una Otoplastía, que habitualmente se resuelven. La disminución o

pérdida completa de la sensibilidad cutánea ocurre infrecuentemente y puede no resolverse totalmente.

- **Cicatrización:** aunque se espera una buena curación después del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales en la piel. Aunque es muy raro, pudiendo necesitarse tratamientos adicionales, incluyendo cirugía para tratar la cicatrización anormal.
- **Asimetría:** puede no conseguirse un aspecto simétrico del cuerpo tras la Otoplastia. Factores como la cicatrización y la rigidez del cartílago pueden contribuir a una asimetría normal en los rasgos corporales.
- **Pérdida de piel:** la pérdida cutánea es muy rara tras una Otoplastia. Pueden necesitarse tratamientos adicionales incluyendo la cirugía.
- **Reacciones alérgicas:** en casos raros se ha descrito alergias locales del esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, frente a medicamentos usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- **Problemas con los puntos:** los puntos que se hacen para afirmar la nueva forma de la oreja pueden salir hacia a superficie de la piel y, en ese caso ser necesario retirarlos. Esto puede causar inflamación de la zona afectada y alteración de la cicatriz.
- **Sobre corrección:** la Otoplastia puede crear contornos poco naturales por el cambio de la posición de los cartílagos.

En Cirugía Plástica siempre está dentro de las posibilidades la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos complementarios o "retoques" para alcanzar un mejor resultado sin ser considerados una complicación. Esto significara un gasto adicional para el paciente.

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

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 Otoplastia** 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 OTOPLASTÍA, 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)