

# Consentimiento Informado

## Cirugía de Quiste Maxilar

Fecha: \_\_\_\_\_

### Datos de Identificación:

Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos representante legal: \_\_\_\_\_

### De la enfermedad y su tratamiento:

- La enfermedad a tratar, es un quiste que afecta varias estructuras de los maxilares, que se manifiesta con el crecimiento y desarrollo de este, y la cirugía propuesta puede no ser la única necesaria.
- El tratamiento propuesto es de tipo quirúrgico mediante la enucleación y curetaje, además en algunos casos se indica eliminación de piezas dentarias comprometidas
- Los resultados esperados no se pueden garantizar y la naturaleza exacta de la lesión solo se conocerá por el resultado y correlación entre la imagenología, clínica quirúrgica e histopatología.
- Este tipo de cirugía se realiza a través de la boca, para evitar cicatrices visibles.
- La cicatrización final de la zona afectada puede dejar alteraciones de la forma del maxilar.
- Habitualmente se solicitan exámenes pre-quirúrgicos o chequeos médicos, la normalidad de estos solo es un antecedente positivo y no garantiza resultados.

### Riesgos y Posibles Complicaciones:

- Complicaciones anestésicas que aumentan con la existencia de otras enfermedades, entre otras, es frecuente el dolor de garganta por algunos días, y una anestesia de varias horas puede producir complicaciones respiratorias.
- La cirugía sobre maxilares, por sus relaciones anatómicas modifica o invade zonas vecinas relacionadas con la respiración (nariz y senos maxilares), y con la fonación (paladar, senos maxilares y nariz), pudiendo estas zonas ser alteradas positiva o negativamente por la cirugía o complicaciones de esta.
- La zona a operar tiene vasos sanguíneos, venas, vasos linfáticos, nervios que permiten movimientos, músculos que ejecutan movimientos, nervios que dan sensibilidad. Todos estos elementos serán alterados por la cirugía en forma transitoria e incluso alguno de ellos puede ser alterado en alguna medida en forma definitiva.

- La cirugía se realiza a través de la boca, lo que implica un riesgo adicional de infecciones post-quirúrgicas.
- La cara, boca, y nariz son regiones, de gran irrigación sanguínea, lo que puede provocar hemorragias importantes por el procedimiento obligando a mediadas complementarias como transfusión de hemo-componentes, y/o taponaje nasal por algunos días, por otra parte si hay acumulación de sangre en tejidos blandos se expresara como hematomas o equimosis.
- Todo procedimiento quirúrgico se acompaña de edema (hinchazón), el cual será mayor cuanto más extensa y compleja sea la cirugía, el edema alterara en forma transitoria todas las funciones del área máxilo-facial, (deglución, masticación, fonación, respiración)
- Todo tratamiento de complicaciones puede significar costos adicionales a asumir por el paciente.

### Consentimiento de Procedimiento:

Habiendo comprendido todo lo enunciado anteriormente sobre la enfermedad, su tratamiento, riesgos y posibles complicaciones, y habiéndose dado la oportunidad de aclarar dudas y preguntar todo lo necesario:

### 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

Dr(a): \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

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.al equipo médico y firmar su revocación.

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL

Sr(a): \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.