

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DE LA FRACTURA NASAL

Servicio de CIRUGÍA MÁXILOFACIAL

Según la Legislación Española usted tiene el derecho a ser informado acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento, posibles alternativas, y beneficios y riesgos asociados a las mismas. Es importante que lea la siguiente información de forma cuidadosa y completa, y consulte las dudas que pueda tener, antes de firmar el documento..

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Ha sufrido Ud. un traumatismo que ha resultado en una fractura de los huesos nasales. Esta fractura puede producir dolor, alteraciones estéticas y/o funcionales tales como dificultad respiratoria, deformidad inestética, herida cutánea. En niños puede ocasionar alteraciones en el crecimiento de la nariz.

El tratamiento quirúrgico de la fractura nasal está dirigido a restaurar la estructura anatómica y funcional de la nariz.

RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES Las más frecuentes incluyen:

- Hemorragia, que generalmente requerirá un taponamiento nasal durante algunos días.
- Hematomas y edemas postoperatorios.
- Resultado estético insatisfactorio, generalmente por deformidad o asimetría.
- Infección
- Cicatrices inestéticas.
- Complicaciones por extensión inadvertida de la fractura a otros huesos vecinos
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores.

RIESGOS ESPECIFICOS EN MI CASO Y OTRAS COMPLICACIONES DE MÍNIMA RELEVANCIA ESTADÍSTICA:

.....
.....
.....
.....

La intervención puede realizarse con ANESTESIA GENERAL O LOCAL con el riesgo inherente asociado a las mismas, que serán informados por su anestesista; y los

fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

DECLARACIONES Y FIRMAS

PACIENTE O TUTOR LEGAL/FAMILIAR

El/la Médico me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve este procedimiento/intervención/exploración.

También me ha explicado los riesgos existentes, las posibles molestias o complicaciones, que éste es el procedimiento más adecuado para mi situación clínica actual, y las consecuencias previsibles de su no realización.

He comprendido perfectamente todo lo anterior, he podido aclarar las dudas planteadas, y **DOY MI CONSENTIMIENTO** para que me realicen dicho procedimiento/intervención/exploración.

Puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

D/DªDNI.

..

En calidad de: **IPACIENTE** **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

Firmado

En Madrid, a de de 20 . . .

MÉDICO DESIGNADO POR EL EQUIPO RESPONSABLE

Dr./Dra. RODRIGUEZ CAMPO, FRANCISCO

He informado a este/a paciente, y/o a su representante legal, del propósito y naturaleza del procedimiento descrito, de sus riesgos y alternativas, y de las consecuencias previsibles de su no realización, dejando constancia en la historia clínica.

Firma del Médico responsable

CIAS

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

En pleno uso de mis facultades, he decidido libremente no realizar el procedimiento arriba descrito. He sido informado de las consecuencias de la suspensión de este, pese a lo cual, quiero revocar el consentimiento previamente otorgado. Para que así conste, firmo el presente documento.

D/DªDNI.

..

En calidad de: **IPACIENTE** **ITUTOR LEGAL O FAMILIAR**

FIRMAS

**EL PACIENTE/REPRESENTANTE LEGAL
RESPONSABLE**

EL MEDICO

En Madrid, a de de 20 . . .

SI UD. RECONOCE HABER RECIBIDO UNA INFORMACIÓN ADECUADA Y ACEPTA QUE SE LE PRACTIQUE EL PROCEDIMIENTO DESCRITO, PERO REHÚSA FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO, O QUIERE HACERNOS ALGUNA INDICACIÓN CONCRETA, INDIQUE POR FAVOR, LOS MOTIVOS DE ESTA DECISIÓN

.
.
.

Nombre y firma del testigo.
.

Nombre y firma del Médico responsable.
.

*El apartado "**Declaraciones y Firmas**" aprobado por el Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del HUP el 23/02/2014*

11006 10/06/2015 11:01:56

La información contenida en este documento es confidencial y está sometida a la LOPD. Los datos serán incorporados y tratados en el fichero "ARCHIVO DE HISTORIAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA", cuya finalidad es "el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del paciente", y no podrán ser cedidos, salvo las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es el "HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA" y la dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es en la calle Diego de León, 62, de Madrid 28006 (Artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).