

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-124

Blefaroplastía

Rev.03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de . _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

La Blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico cuyo fin es eliminar el exceso de piel y músculo de los párpados, tanto superiores como inferiores, así como el tejido graso subyacente.

CARACTERÍSTICAS DE LA BLEFAROPLASTÍA (En qué consiste)

La blefaroplastia puede mejorar la piel flácida y las bolsas, como también puede mejorar la visión en personas mayores que presentan un exceso importante de párpado superior que cae sobre la pupila. Aunque puede crear un pliegue en el párpado superior de un ojo de tipo asiático, no borrará la evidencia de los rasgos raciales o étnicos.

La blefaroplastía no elimina las " patas de gallo" u otras arrugas, ni las " ojeras" oscuras, así como tampoco levanta las cejas caídas. La blefaroplastía se diseña de manera individual para cada paciente, dependiendo de sus necesidades particulares. Puede realizarse de manera aislada para los párpados superiores, inferiores o ambos o en combinación con otros procedimientos quirúrgicos sobre ojos, cara, cejas o nariz. La cirugía de los párpados no puede detener el proceso de envejecimiento, pero puede, sin embargo, disminuir el aspecto de piel flácida y bolsas en la región de los párpados.

También cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DE LA BLEFAROPLASTÍA

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- Poco frecuentes y poco graves: infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor en la zona de operación, pérdida de pestañas.
- Poco frecuentes y graves: dolor post operatorio prolongado, problemas de sequedad ocular, ectropión (separación entre el párpado inferior y el globo ocular), alteraciones y retrasos en la cicatrización, quistes cutáneos causados por las suturas. Recuerde que los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización. Asimetría facial, alteraciones o cáncer de piel, reacciones alérgicas.
- Pueden ocurrir efectos a largo plazo en el aspecto del párpado como consecuencia del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, exposición al sol.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarlas.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Las formas alternativas de manejo consisten en tratar la laxitud de la piel, depósitos grasos y arrugas cutáneas mediante otros tratamientos o cirugías, como el estiramiento frontal, cuando esté indicado. Pueden ser necesarias otras formas de cirugía de los párpados si existen alteraciones que afectan a la función de éstos, como la caída de los párpados por problemas musculares (ptosis palpebral), o laxitud entre el párpado y el globo ocular (ectropión), las arrugas cutáneas menores pueden mejorarse mediante peeling químicos u otros tratamientos de la piel.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-124

Blefaroplastía

Rev.03

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.
 Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.
 Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.
 Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

una **Blefaroplastia**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Blefaroplastia**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
 (Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con una **Blefaroplastia** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
 (Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20 _____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ **Firma del Médico** _____
 (1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)