

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-22

Tratamiento de las Fracturas Máxilo Faciales

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

Mediante este procedimiento se pretende realizar un aseo quirúrgico, reducir e inmovilizar la fractura expuesta por medio de una intervención quirúrgica, utilizando elementos de osteosíntesis (agujas, tornillos, placas) o fijadores externos, según el grado de lesión de las partes blandas hasta que se logre la consolación ósea del segmento lesionado los que de acuerdo a la evolución del cuadro, requerirían o no su retiro en el futuro.

CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS MAXILO-FACIALES (En qué consiste)

El tratamiento consiste en la colocación de un fijador externo o interno, para inmovilizar y estabilizar el segmento lesionado una vez que los fragmentos óseos han logrado una alineación adecuada y además el manejo quirúrgico de las partes blandas lesionadas, asociado a un esquema de tratamiento antibiótico estandarizado en el servicio.

También me ha advertido que en ocasiones puede ser necesario modificar la técnica de reducción si no se logra una adecuada alineación de los fragmentos con los implantes de primera elección o por los hallazgos intraoperatorios, con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS MAXILO-FACIALES

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento.

- Poco graves y frecuentes: sangrado de la herida quirúrgica. Hematomas. Erosiones cutáneas. Dolor prolongado en la zona de la lesión. Disminución de movilidad articular.
- Poco frecuentes y de mediana gravedad: Osteomielitis aguda o crónica. Consolidación en mala posición. Retardo de consolidación. Pseudos artrosis. Rigidez articular.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológico, Cardiovascular, respiratorio, dental y alérgico.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (Medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una re intervención quirúrgica.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

El médico me ha explicado que, en mi caso, la mejor opción es el tratamiento quirúrgico de la fractura ya que las alternativas terapéuticas ortopédicas, no son eficaces, teniendo mayores riesgos secuelares funcionales.

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.

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-22

Tratamiento de las Fracturas Máxilo Faciales

Rev. 03

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)

Un Tratamiento de las Fracturas Maxilo Faciales

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un Tratamiento de las Fracturas Maxilo Faciales

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 el Tratamiento de las Fracturas Maxilo Faciales 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)

REVOCAACION:

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)