

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Amigdalectomía y/o Adenoidectomía

FL-CDM-18

Rev. 03

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

### OBJETIVO

A través, de esta cirugía se busca y espera sacar el foco infeccioso (amígdalas y/o adenoides), aliviar la obstrucción respiratoria y el ronquido según sea la indicación quirúrgica.

### EN QUE CONSISTE LA AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA

Consiste en la extirpación (extracción) de las amígdalas y/o adenoides, según sea el caso, seguido de una hemostasia (corrección del Sangramiento de la zona operada).

El tiempo estimado de cirugía es de 1 a 2 horas variando según el caso.

### RIESGOS DE LA AMIGDALECTOMIA Y/O ADENOIDECTOMIA

En condiciones normales, se espera que durante el período postoperatorio se presente Sangramiento (dentro de las 4 a 6 horas siguientes de la intervención); dolor; deshidratación producto de la limitación en la ingesta (consumo) de líquidos o debido a la presencia de vómitos y/o náuseas, todo lo cual será objeto de observación y tratamiento.

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

Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, Cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

### RIESGOS PERSONALIZADOS

---

---

### QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

---

---

También entiendo que, en cualquier momento 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.

# FORMULARIO PARA REGISTRO



## CONSENTIMIENTO INFORMADO Amigdalectomía y/o Adenoidectomía

FL-CDM-18

Rev. 03

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 nombre.

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 una **AMIGDALECTOMÍA Y / O ADENOIDECTOMÍA**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **AMIGDALECTOMÍA Y / O ADENOIDECTOMÍA**.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**RECHAZO:**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**RECHAZO**, y no acepto el proseguir, ante ninguna circunstancia, con la **AMIGDALECTOMÍA Y / O ADENOIDECTOMÍA**, 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 y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_

**REVOCACION**

Sr./ Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, Rut \_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

**REVOCO**, el rechazo al consentimiento prestado en fecha \_\_\_\_\_ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

**Nombre y Firma Médico** \_\_\_\_\_