

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Tratamiento de las Fracturas Máxilo Faciales

FL-CDM-22

Rev. 02

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

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 consolidación ósea del segmento lesionado los que de acuerdo a la evolución del cuadro, requerirían o no su retiro en el futuro.

EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS MAXILO-FACIALES

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 intra operatorios, con el fin de proporcionarme el tratamiento más adecuado.

RIESGOS 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.

RIESGOS PERSONALIZADOS

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 facultativo 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 y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO	FL-CDM-22
	Tratamiento de las Fracturas Máxilo Faciales	Rev. 02

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características del procedimiento 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 dicentes 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 un **TRATAMIENTO DE LAS FACTURAS MÁXILO FACIALES**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una. **TRATAMIENTO DE LAS FACTURAS MÁXILO FACIALES**

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 el **TRATAMIENTO DE LAS FACTURAS MÁXILO 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 y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION

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 _____