

Nombre del paciente.....
Nombre de los familiares/terceros
Nombre del médico tratante.....

DOCUMENTO DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO

Estoy enterado que tengo el derecho de ser informado sobre mi afección y los métodos diagnósticos y terapéuticos que se me realizarán.- También me ha sido informado que puedo no desear recibir esta información.- (Si este es el caso, el formulario queda en blanco y se suscribe en el lugar que se destina al pié).-

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente: (tachar lo que no corresponda)

Reducción y osteosíntesis de fracturas del tercio superior facial

Reducción y osteosíntesis de fracturas del tercio medio facial

La práctica ha sido prescrita o será realizada por el Dr.

Se me han explicado la naturaleza y el objetivo de lo prescrito, incluyendo riesgos significativos y alternativas disponibles.- Los riesgos más destacables son los siguientes:

- Hematoma postoperatorio
- Seroma postoperatorio
- Lesión transitoria o definitiva, parcial o total del nervio facial, responsable de la motricidad de los músculos de la cara
- Trastornos de la sensibilidad en la piel del área operada o en el lóbulo de la oreja, en general de carácter transitorio
- Secuela cicatrizal en piel del área operada
- Fístula de líquido céfalo-raquídeo, ante compromiso de base de cráneo
- Alteraciones de la capacidad olfatoria, ante compromiso de base de cráneo
- Trastornos postoperatorios transitorios o definitivos de la movilidad o de la capacidad visual del ojo comprometido
- Grados variables de telecanito residual (separación entre los ángulos internos de ambos ojos)
- Mala oclusión dentaria residual
- Complicaciones derivadas del uso de material de osteosíntesis (palpación de las placas a través de la piel, tornillos o placas móviles, infección, sensibilidad al frío, etc.)

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....

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

Me hallo satisfecho con las explicaciones proporcionadas y las he comprendido, habiendo requerido las aclaraciones e informaciones adicionales pedidas.-

He entendido que es posible que se requieran con inmediatez tratamientos o intervenciones adicionales o alternativos; presto consentimiento con aquellos que en la opinión del médico tratante sean necesarios, así como con que él sea asistido por otros cirujanos, asistentes y staff médico del hospital a quien les podrá permitir ordenar o realizar todo o parte del procedimiento con sus mismas facultades.-

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.-

Fecha:.....

Firma del paciente

Negativa a recibir información: Firma.....

Firma de familiares o allegados

Negativa a recibir información: Firma.....

Firma del médico: