



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

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN 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 pie).-

Por el presente doy mi consentimiento para ser sometido al procedimiento diagnóstico, tratamiento o intervención siguiente:

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE NARIZ Y SENOS PARANANSALES

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

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

- ⇒ Hematoma palpebral-
- ⇒ Enfisema subcutáneo periorbitario.
- ⇒ Pérdida de líquido cefaloraquídeo -
- ⇒ Alteraciones oculares (paresia de músculos oculares, lagrimeo, ceguera parcial o total o transitoria).
- ⇒ Pérdida de olfato, hematoma sub -dural, neumatocele, hemorragias intra y post-operatoria.
- ⇒ Infección nasal o de los senos paranasales.

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: