

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCION QUIRURGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPOTESIS DIAGNOSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA SONDAJE DE VÍAS LAGRIMALES EN LA OBSTRUCCIÓN CONGÉNITA

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE:

La técnica a la que el niño va a someterse consiste en pasar una sonda a través de las vías lagrimales hasta el final del conducto (en la nariz) con el fin de permeabilizar (permitir que pase la lagrима) la vía.

CÓMO SE REALIZA:

Suele ser un proceso que se realiza de forma ambulatoria por lo que, después de un tiempo postoperatorio de control, se irá a casa a las pocas horas de la intervención.

La anestesia que se utiliza de forma habitual es la sedación mediante inhalación de gas anestésico.

QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:

Puede aparecer discreto sangrado por la nariz o lágrima sanguinolenta (con algo de sangre).

Tras la cirugía se requieren una serie de cuidados, tratamientos y consultas.

EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:

Lo habitual es que se restablezca el paso de la lágrima hacia la nariz y desaparezca el lagrimeo y los problemas de infecciones.

QUÉ RIESGOS TIENE:

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

**LOS MÁS FRECUENTES:**

- Hemorragia nasal.
- Persistencia de la obstrucción y, por lo tanto, del lagrimeo y las infecciones

**LOS MÁS GRAVES:**

- Las derivadas de la anestesia.
- Lesión del saco lagrimal.
- Paso erróneo de la sonda por zona inadecuada, provocando una falsa vía que impida la curación del caso.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====  
No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico