

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGIA DE LOS TRAUMATISMOS FACIALES

Nombre del paciente:.....

No de historia:.....

Nombre del médico que le informa: Dr. Paulo Fajardo Jiménez

Fecha:.....

INSTRUCCIONES

Este es un documento de consentimiento informado que ha sido preparado por la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva para ayudar a su cirujano plástico a informarle sobre el tratamiento para traumatismos faciales, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como establece la Ley General de Salud pública, publicada en eldel artículo....., que dice textualmente:.....siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización del cualquier intervención..... **Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga su nombre y firma en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento de la última página para la cirugía propuesta por su cirujano.**

EN QUE CONSISTE:

Se le ha informado al paciente que ha sufrido un traumatismo con afectación de alguna parte del esqueleto cráneo-maxilofacial y/o de las partes blandas de la cara y cuello. Asimismo, existe la posibilidad de haber sufrido lesiones en otras partes del organismo que compliquen y/o dilaten el tratamiento.

El traumatismo ha podido afectar el tercio superior, medio o inferior de la cara, o lo que ocurre con más frecuencia una combinación de los mismos, dependiendo las lesiones y futuras secuelas del territorio afectado.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.

Firma Paciente: _____ Consentimiento Informado para Traumatismos faciales (1 de 5)

Los traumatismos maxilofaciales producen alteraciones estéticas y/o funcionales, tales como alteraciones de la motilidad ocular, cambios en la oclusión dentaria, limitaciones para abrir la boca y dificultad respiratoria nasal.

Asimismo, pueden producir lesiones, en algunos casos irreversibles, de los vasos cervicales y faciales, nervios motores y sensitivos y Órganos sensoriales localizados en la cara y el cuello. Las heridas cutáneas cervicales y faciales también pueden producir alteraciones estéticas y/funcionales.

Los procedimientos quirúrgicos para la corrección del traumatismo incluyen abordajes del mismo intra y/o extraorales, empleo de material de osteosíntesis para fijar la fractura y empleo de injertos propios, de banco de tejido o artificiales. En la mayoría de los casos el acto operatorio precisa anestesia general, con el riesgo inherente asociado a la misma.

Estos procedimientos intentan corregir las lesiones producidas por el traumatismo y el aspecto exterior difícilmente ser igual a antes del mismo. Pueden producirse secuelas derivadas del traumatismo y/o de la intervención quirúrgica recibida, pudiendo necesitarse tratamientos posteriores. Algunos problemas solo van a resolverse en forma parcial en relación a la intensidad y afectación del traumatismo.

RIESGOS TÍPICOS:

Las complicaciones de los tratamientos de los traumatismos maxilofaciales son múltiples, debido a la amplitud y complejidad del área que abarcan, y dependen de la zona afectada, pudiendo incluir y no de forma exhaustiva:

! Efectos adversos de los anestésicos utilizados u otros medicamentos.

! Hemorragias y edemas postoperatorios.

! Alteraciones de la sensibilidad de alguna zona de la cara, parcial o total.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.

Firma Paciente: _____ Consentimiento Informado para Traumatismos faciales (2 de 5)

! Alteraciones de la agudeza visual, audición, fonación, sentido del gusto y percepción de los olores, incluso pérdida total de alguno de ellos.

! Alteraciones de la motilidad ocular, que origina visión doble.

! Alteraciones de la función respiratoria nasal.

! Deformidades de los huesos faciales.

! Alteraciones de la oclusión dentaria.

! Alteraciones de la articulación de la mandíbula con dolor y/o chasquidos o cambios de la oclusión maxilar.

! Falta de unión Ósea.

! Infección y/o osteomielitis.

! Rechazo al material de osteosíntesis y/o a los injertos colocados.

! Gingivitis y/o problemas dentarios, incluso pérdida de los dientes.

! Comunicación oro-nasal y/o oro-sinusal.

! Cicatrices inestéticas.

! Roturas de instrumentos.

Riesgos personalizados:.....

Alternativas posibles:.....

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.

Firma Paciente: _____ Consentimiento Informado para Traumatismos faciales (3 de 5)

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE TRAUMATISMOS FACIALES

Por la presente autorizo al Dr..... y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento

tratamiento de los traumatismos faciales

He leído, comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto: "Consentimiento informado para Tratamiento de Traumatismos Faciales".

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

Soy consciente de que durante el curso del tratamiento médico, pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la operación que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el Quirófano / Sala de Tratamientos.

Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular toda clase de preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas. En consecuencia, doy mi Consentimiento para la realización de la cirugía de los traumatismos faciales.

Firma Paciente: _____ Consentimiento Informado para
Traumatismos faciales (4 de 5)

ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:

- a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.
- b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO.
- c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

Firme en el siguiente consentimiento:

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA:

SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MAS DETALLADA, PERO ESTOY SATISFECHA CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MAS INFORMACIÓN.

Paciente o persona autorizada:.....

Fecha:..... Testigo:.....

Nombre, apellidos y firma

Nombre, apellidos y firma

Consentimiento elaborado según las bases de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva (AMCPEyR) Versión 2016

Firma Paciente: _____ Consentimiento Informado para Traumatismos Faciales.

REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Con fecha..... revoco el consentimiento presentado para la realización del procedimiento propuesto.

Firma del paciente.....

Firma del médico.....

Nombre del representante legal en caso de incapacidad de la paciente, con
indicación del carácter con el que interviene (esposo, padre, madre, tutor,
etc.).....

Firma del representante legal D.N.I.