



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA SINUSAL

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Este formulario y su conversación con el médico tienen como objetivo ayudarlo a tomar decisiones informadas sobre su cirugía. Como miembro del equipo de tratamiento, se le ha informado su diagnóstico, el procedimiento planificado, los riesgos, los beneficios y las alternativas asociadas con el procedimiento y todo costo relacionado. Debe considerar todo esto, incluso la opción de rechazar el tratamiento, antes de decidir si continúa o no con el procedimiento planificado. El médico estará dispuesto a responder cualquier pregunta que pueda tener y le dará información adicional antes de decidir si firma este documento y continúa con el procedimiento.

Diagnóstico: _____

Procedimiento: _____

Opciones alternativas: _____

1. Me han informado y comprendo los riesgos potenciales relacionados con este procedimiento quirúrgico que incluyen, pero no se limitan a los siguientes:
 - Dolor, inflamación, sangrado, infección, hematomas, retraso en el sanado, cicatrices, daño a otros dientes o raíces que puede hacer necesario reparar el diente o extraerlo, dientes flojos, daño a dispositivos dentales, fisura o estiramiento de las comisuras de los labios, cortes dentro de la boca o en los labios, fractura de mandíbula, presión o daño en las articulaciones de la mandíbula (articulaciones temporomandibulares), dificultad para abrir la boca o masticar, reacción alérgica o adversa a los medicamentos o materiales;
 - Lesión a un nervio, que puede ocurrir por el procedimiento quirúrgico o la administración de anestesia local y que produzca alteración o pérdida de sensibilidad, entumecimiento, dolor o alteración de los sentidos en el rostro, las mejillas, los labios, el mentón, los dientes, las encías o la lengua (incluye la pérdida del sentido del gusto). Estas afecciones pueden desaparecer con el paso del tiempo, pero en algunos casos pueden ser permanentes;
 - Puede producirse una abertura desde la boca hacia las cavidades nasales o sinusales;
 - Secreción nasal. Si se usa tapón nasal, puede ser difícil respirar en el corto plazo y es posible que haya un olor desagradable;
 - Coágulo de sangre o acumulación de líquidos;
 - Complicaciones visuales, que incluyen ojos secos, cambios en el flujo de lágrimas, el párpado inferior puede doblarse hacia fuera, abrasión de córnea, inflamación, infección de la órbita del ojo o, en casos pocos frecuentes, ceguera.

Iniciales del paciente _____

2. He elegido proceder con las anestесias indicadas a continuaci3n.

_____ Anestesia local

_____ 3xido nitroso (gas hilarante)

_____ Sedaci3n leve

_____ Sedaci3n moderada

_____ Sedaci3n profunda (anestesia general)

Me han informado y comprendo los riesgos potenciales asociados con la anestesia, que incluyen, pero no se limitan a los siguientes:

- Reacciones al3rgicas o adversas a los medicamentos o materiales;
- Dolor, inflamaci3n, enrojecimiento, irritaci3n, entumecimiento o hematomas en el 3rea donde se coloca la aguja intravenosa. Por lo general, el entumecimiento o el dolor desaparecen, pero en algunos casos puede ser permanente;
- N3useas, v3mitos, desorientaci3n, confusi3n, falta de coordinaci3n y, ocasionalmente, somnolencia prolongada. Algunos pacientes pueden tener memoria de todos o algunos de los acontecimientos del procedimiento quir3rgico despu3s de que terminen;
- Complicaciones card3acas y respiratorias que pueden causar da3o cerebral, accidente cerebrovascular (embolia cerebral), ataque card3aco (paro card3aco) o muerte;
- Dolor de garganta o ronquera si se usa un tubo de respiraci3n.

Si he elegido sedaci3n leve, moderada o profunda (anestesia general), no he comido ni bebido nada durante al menos seis (6) horas antes del procedimiento. Comprendo que incumplir con esta condici3n puede poner en peligro mi vida. Como se me indic3, he tomado mis medicamentos habituales (medicamentos para la presi3n arterial, antibi3ticos, etc.) o cualquier otro medicamento que me haya dado mi m3dico con peque3os sorbos de agua solamente. Estoy acompa3ado por un adulto responsable quien me llevar3 al consultorio del m3dico y de regreso y se quedar3 conmigo despu3s del procedimiento hasta que est3 lo suficientemente recuperado como para poder cuidar de m3 mismo. Comprendo que el efecto de los f3rmacos que me administran para este procedimiento puede durar 24 horas. Durante mi recuperaci3n de la anestesia, acepto no conducir, operar maquinaria o dispositivos complejos ni tomar decisiones importantes, como firmar documentos, etc.

3. Se me ha informado y comprendo que es posible que puedan ser necesarias visitas de seguimiento o cuidado, evaluaci3n, tratamiento o cirug3a adicionales, incluso hospitalizaci3n.
4. Pueden usarse materiales como alambres, pernos o membranas para reparar la abertura en el seno paranasal y es posible que se requiera otra cirug3a para retirarlos. Otros procedimientos, como la realizaci3n de un orificio de drenaje en la nariz, la colocaci3n de un tap3n de gasa en la nariz (que deber3 retirarse varios d3as despu3s), as3 como otros procedimientos nasales o sinusales pueden realizarse al mismo tiempo. Es posible que se necesiten m3ltiples intentos para cerrar la abertura sinusal. En casos muy poco frecuentes, la abertura sinusal puede ser permanente.

Iniciales del paciente _____

5. Responsabilidades del paciente

Comprendo que soy un miembro importante del equipo de tratamiento. Para aumentar las posibilidades de lograr resultados óptimos, he suministrado una historia clínica completa y precisa, en la que se incluyen todas las afecciones dentales y médicas pasadas y presentes, medicamentos recetados y sin receta, toda alergia, uso de drogas recreativas y embarazo (si aplica).

Comprendo que el uso de tabaco y alcohol es perjudicial para el éxito de mi tratamiento.

Acepto seguir todas las instrucciones que me indican en este consultorio antes y después del procedimiento, tomar los medicamentos según la receta, practicar una higiene oral correcta, cumplir con todas las citas, hacer citas para consulta si surgen complicaciones y completar los cuidados necesarios. Intentaré estornudar con la boca abierta. No me sonaré la nariz con fuerza, usaré sorbete, fumaré ni realizaré trabajos pesados hasta haberme recuperado de la cirugía. Informaré a mi médico todo problema postquirúrgico en el momento en que surja. Mi incumplimiento puede causar complicaciones o resultados inferiores a los óptimos.

Comprendo y acepto que el médico no puede garantizar los resultados del procedimiento. He tenido tiempo suficiente para leer este documento, comprendo las declaraciones precedentes y he tenido la oportunidad de que se respondan todas mis preguntas. Al firmar este documento, reconozco y acepto los riesgos y las complicaciones posibles del procedimiento y acepto proceder con él.

Si estoy sedado o bajo los efectos de anestesia general durante el procedimiento, autorizo al médico a modificar el procedimiento si, según su criterio profesional, es lo más conveniente para mí.

Firma del paciente o representante legal

Fecha

Nombre del paciente o representante legal, en letra de imprenta/Relación

Firma del testigo (opcional)

Fecha

Certifico que he explicado al paciente o al representante legal del paciente la naturaleza, el objetivo, los beneficios, los riesgos conocidos, las complicaciones y las alternativas del procedimiento propuesto. El paciente o el representante legal del paciente expresaron su comprensión de la información dada. He respondido todas las preguntas con mi mejor conocimiento y entender, y considero que el paciente o el representante legal comprenden completamente lo que he explicado.

Firma del médico

Fecha