

Consentimiento informado

Amigdalectomía y/o adenoidectomía

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por el paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

La Amigdalectomía y/o Adenoidectomía es una cirugía programada que consiste en la extirpación (extracción) de las amígdalas y/o adenoides, según sea el caso, seguido de una hemostasia (corrección del sangramiento de la zona operada).

A través de esta cirugía se busca y espera sacar el foco infeccioso (amígdalas y/o adenoides), aliviar la obstrucción respiratoria y el ronquido según sea la indicación quirúrgica.

El tiempo estimado de cirugía es de 1 a 2 horas variando según el caso. Se requiere el uso de anestesia, la que será determinada por el médico.

En condiciones normales, puede presentarse en el período postoperatorio sangramiento (dentro de las 4 a 6 horas siguientes de la intervención); dolor; deshidratación producto de la limitación en la ingesta (consumo) de líquidos o debido a la presencia de vómitos y/o náuseas, todo lo cual será objeto de observación y tratamiento.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: