

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 la afección que presento.

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 PARANASALES

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

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

Hematoma palpebral (párpados).

Enfisema (colección de aire) subcutáneo peri-orbitario.

Pérdida de líquido céfalo-raquídeo.

Alteraciones oculares (paresia o parálisis de músculos oculares, lagrimeo, ceguera parcial o total o transitoria). Pérdida de olfato, hematoma sub-dural (debajo de la duramadre), neumatocele (aire debajo de la duramadre), 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 de la institución 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: