

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA CIRUGÍA DEL ESTIRAMIENTO FACIAL O RITIDECTOMÍA

Para satisfacción de los DERECHOS DEL PACIENTE, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad en relación con la Ley Orgánica 1/1982.

Yo, D/Doña.
 como paciente o (D/Doña como su representante),
en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que
 he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr. y en
 consecuencia, AUTORIZO a..... para que me sea realizado
 el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado

Me doy por enterado/a de los siguientes extremos relativos a dicho procedimiento:
 Las complicaciones estadísticamente más frecuentes posibles en la realización de dicho
 procedimiento son las siguientes: Infección, hematomas, derrame conjuntival y pigmentación,
 inflamación, deformidades locales, daños nerviosos sensoriales y parestesias, dolor. Estas son
 complicaciones menores y en general poco frecuentes.
 Como complicaciones mayores pueden darse grandes hematomas, y daños nerviosos motores
 (nervio Facial o cualquiera de sus ramas), necrosis cutánea. La complicación más frecuente es
 el hematoma. El tratamiento de éste será la evacuación y drenaje.
 En la mayoría de los casos, esta cirugía se realiza con anestesia general (con los riesgos
 inherentes a ella), que serán informados por su anestesista.
 Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del
 procedimiento Estiramiento Facial.
 Riesgos específicos en mi caso y otras complicaciones de mínima relevancia estadística

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del
 procedimiento
 Además, en entrevista personal con el Dr
 he sido informado/a, en términos que he comprendido, del alcance de dicho tratamiento. En la
 entrevista he tenido la oportunidad de proponer y resolver mis posibles dudas, y de obtener
 cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones
 de sopesar debidamente tanto sus posibles riesgos como la utilidad y beneficios que de él
 puedo obtener.
 Estoy satisfecho/a con la información que se me ha proporcionado y, por ello, **DOY MI
 CONSENTIMIENTO** para que se me practique

Este consentimiento puede ser revocado por mí sin necesidad de justificación alguna, en
 cualquier momento antes de realizar el procedimiento.
 Observaciones.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia
 se me proporciona.
 Enade.....de

Firma del paciente
 (o su representante legal en caso de incapacidad).
 D.N.I.

Firma del médico
 N° de colegiado

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento
 Firma del testigo (D.N.I.)