

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RINOPLASTIA

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 puntos relativos a dicho procedimiento:

La cirugía de la nariz se realiza con fines funcionales, o estéticos. Los síntomas funcionales van dirigidos a mejorar la respiración y los estéticos conllevan una mejora en la armonía facial. Las técnicas pueden ser divididas en rinoplastia abierta (con cicatrices externas) y cerrada (sin cicatrices visibles).

Teniendo en cuenta que la percepción de la belleza es algo muy personal, no se puede adquirir un compromiso de logro en este sentido.

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).

Dicho lo anterior el paciente debe conocer que este procedimiento supone un indudable beneficio, sin embargo, no está exento de complicaciones, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Hemorragia nasal, que es infrecuente que sea severa y en aquellos casos que ocurre suele resolverse con taponamiento nasal, que puede mantenerse varios días.
- Dificultad respiratoria.
- Infección, infrecuente evitando acumulo de restos de tejidos.
- Inflamación y derrame de ambos ojos y párpados.
- Quistes mucosos.
- Irregularidad en la forma tanto del dorso como de la punta nasal.
- Dorso nasal torcido.
- Deformidad en silla de montar.
- Falta de sensibilidad en el área nasal.
- Pigmentaciones de la piel de la nariz.
- Inflamación nasal que puede durar hasta 1 año tras la cirugía.
- Perforaciones del tabique nasal, que pueden requerir cirugía reparadora.
- En el postoperatorio habrá hematoma facial que se eliminará en 7 a 10 días, en algunos casos puede persistir mayor tiempo.

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.

En .....a .....de.....de .....

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

Firma del médico  
Nº de colegiado

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