

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

La "Cirugía Mayor Ambulatoria" (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad, y en la que el paciente acude al centro de salud el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio. Es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a los pacientes de una forma efectiva, segura y eficiente, con un ingreso inferior a 24 horas.

#### Objetivos

La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico cuyo fin es eliminar el exceso de piel y músculo de los párpados, tanto superiores como inferiores, así como el tejido graso subyacente, puede mejorar la piel flácida, las bolsas y puede ayudar a mejorar la visión en personas mayores que presentan un exceso importante del párpado superior que cae sobre la pupila.

#### Características

Las incisiones van en el pliegue del párpado superior y bajo las pestañas en el inferior. Se extirpa el exceso de piel y las bolsas de grasa. En otros casos se pueden extirpar las bolsas del párpado inferior por dentro del párpado para evitar las cicatrices externas, en el caso de poco exceso de piel. Otras veces se asocia a reposición del músculo orbicular, de la grasa alrededor del ojo y sección de los músculos del entrecejo. Otras formas de cirugías de los párpados pueden ser necesarias si existen alteraciones que afectan la función de los párpados, como la caída de los párpados por problemas musculares (ptosis palpebral) o laxitud entre el párpado y el globo ocular (ectropion).

#### Riesgos

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos asociados a la blefaroplastia:

Hemorragia, infección, cicatrización anormal (que pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante), problemas de sequedad ocular, asimetría, dolor crónico, alteraciones de la piel, ectropión, problemas por exposición corneal, reacciones alérgicas (al apósito, al material de sutura o a la aplicación tópica de medicamentos o antisépticos) y pérdida de pestañas.

Expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala, en tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe en forma ambulatoria el procedimiento de **BLEFAROPLASTÍA**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal