

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Lateralidad**

OJO DERECHO  OJO IZQUIERDO  AMBOS OJOS

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

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

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

**Objetivos**

La blefaroplastía 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 estética y la visión en personas que preresentan 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 blefaroplastía:

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.

Existe la posibilidad de un resultado no satisfactorio o acorde a sus expectativas en la cirugía, incluso llegando a requerir cirugía/s adicionales/s que por sí misma/s conlleva/n riesgos, costos y/o complicaciones potenciales.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender 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 dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **BLEFAROPLASTÍA**

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

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

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