

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Lateralidad:

PÁRPADO DERECHO

PÁRPADO IZQUIERDO

AMBOS PÁRPADOS

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

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

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

### Objetivos

El chalazión es una inflamación quística de las glándulas del borde palpebral, por obstrucción de sus conductos de salida. Su contenido es material sebáceo producido por la propia glándula. Se presenta como un nódulo en el borde del párpado que inicialmente está inflamado y puede drenar espontáneamente hacia la conjuntiva o por la piel. Cuando su evolución espontánea no se produce, requiere de drenaje asistido quirúrgicamente.

### Características

En pacientes adultos se realiza con anestesia local, en niños se requiere de anestesia general. Se realiza una incisión vía conjuntival o eventualmente vía externa (por piel) y se vacía el contenido, dejando que cicatrice espontáneamente. Se mantiene parche compresivo por 24 horas. El chalazión puede volver a aparecer en la glándula vecina o en el párpado contra lateral.

### Riesgos

Entre los riesgos se describen:

- Hemorragias del párpado
- Erosión corneal

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 **CHALAZION**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

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

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