

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Lateralidad

OÍDO DERECHO

OÍDO IZQUIERDO

AMBOS OÍDOS

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

La otoplastía es una técnica quirúrgica que permite modificar los pabellones auriculares que se encuentran alterados, y así conseguir un aspecto normal.

Características

La incisión va detrás de la oreja donde se reseca un poco de piel, se adelgaza o reseca cartílago, mediante puntos posteriores se producen los pliegues que le faltan a la oreja, llevándola hacia atrás.

Riesgos

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que usted comprenda los riesgos de la otoplastía. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Existe el riesgo de que el resultado final de la intervención no sea de su agrado o no coincida con sus expectativas, por lo que es de suma importancia comunicarlas adecuadamente a su cirujano previo la realización de la cirugía, hasta el entendimiento conjunto del propósito quirúrgico que es buscar la mejoría estética, y no la perfección ni resultados milagrosos imposibles de conseguir.

Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales o consecuencias de la otoplastía:

Sangrado, infección, cambios en sensibilidad cutánea, cicatrices anormales en la piel, asimetría, pérdida de piel y reacciones alérgicas.

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 **OTOPLASTÍA**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal