

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

La Septoplastía es una operación para corregir una deformidad de la división entre ambos lados de la nariz y que su propósito es mejorar la respiración, pero además puede ser requerida para poder permitir un adecuado examen del interior de la nariz en busca de pólipos, inflamación, tumores o focos de hemorragia.

Que cuando el septum nasal esta deformado, no hay ningún otro tratamiento o medicación que permita enderezarlo, siendo la cirugía la única alternativa terapéutica.

Características

El cirujano hará un corte dentro de la pared en un lado de la nariz, se levantará la membrana mucosa que cubre la pared.

Luego, el cirujano extraerá o apartará cualquier cartílago o hueso que esté causando el bloqueo en el área. Después de esto, pondrá de nuevo la membrana mucosa en su lugar y la sostendrá allí con suturas, férulas o compresas.

Se me ha advertido que cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intra operatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Riesgos

Comprendo y acepto que como toda intervención quirúrgica existe la posibilidad de complicaciones:

- Un orificio septal secundario
- Falla para lograr la corrección total del problema respiratorio
- Sangramiento post operatorio, en general de fácil manejo
- Encostramiento nasal
- Raramente, un cambio de apariencia facial

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 **SEPTOPLASTÍA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal