

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 turbinoplastia tiene como finalidad disminuir el tamaño del cornete inferior en aquellos casos en que dicho cornete dificulta la respiración nasal. La turbinectomía consiste en la extirpación parcial del cornete inferior con el mismo fin.

Características
La intervención se realiza a través de los orificios nasales, por lo que no quedan cicatrices externas. La técnica quirúrgica es variable; puede ser con Bisturí, Tijera, microdebridador o con cauterización tradicional, laser o radiofrecuencia. Las tres primeras técnicas requieren taponamiento nasal post cirugía.
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
A pesar de una adecuada indicación de la técnica y su correcta realización, pueden producirse algunos efectos indeseables propios de cualquier operación, o algunos efectos y/o complicaciones propios de la turbinectomía como:

- Pequeña hemorragia tanto por las fosas nasales como por la faringe, que suele ceder en unas horas o requerir, a veces, de nuevo taponamiento
- Sequedad de la boca al tener que respirar por ella
- Aparición de adherencias (sinequias) entre ambas paredes de la fosa nasal
- Alteraciones del olfato

Estas complicaciones se resuelven en general con tratamiento médico (no quirúrgico).

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 **TURBINECTOMÍA**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal