



Consentimiento Informado para cirugía maxilofacial

| Establecimiento de salud | Servicio | |
|---|-----------------------|------|
| Nombre del usuario | N.º de identificación | Edad |
| Nombre del profesional que informa | Código profesional | |
| Nombre del profesional que realiza el procedimiento | Código profesional | |

Lea cuidadosamente y consulte al profesional cualquier duda que le surja.

Descripción del procedimiento: este tipo de cirugía requiere anestesia general y puede involucrar la manipulación de huesos (maxila, mandíbula o cráneo), tejidos de la cara o estructuras dentales, con el fin de corregir y tratar distintas alteraciones o enfermedades. Para su seguridad debe estar en ayunas antes de la intervención y ser valorado por un médico especialista, considerando sus antecedentes médicos y posibles factores de riesgo.

Objetivo y beneficios esperables: corregir su afección y mejorar su calidad de vida.

Alternativas disponibles: existen opciones de tratamiento que pueden ser menos invasivas. El profesional tratante hablará con usted sobre estas opciones y anotará en las observaciones las alternativas que mejor se adapten a su situación.

Consecuencias previsibles: dolor e inflamación en el lugar de la cirugía posterior al procedimiento. No hay certeza de obtener todos los beneficios.

Riesgos más frecuentes: cualquier procedimiento tiene riesgos. En este caso se podría presentar: sangrado durante o posterior a la cirugía, infección de la herida, alteración parcial o total de la sensibilidad de la cara, la lengua o la encía, ya sea de forma temporal o definitiva, así como mal sanado de la encía o el hueso, sinusitis, fracturas de los huesos o daño en dientes cercanos a la cirugía.

Riesgos más graves: son menos frecuentes e incluyen: aspiración de objetos hacia los pulmones, que pueden atorarse y causar problemas respiratorios o asfixia; rechazo de los materiales metálicos colocados durante el procedimiento; muerte del hueso y reacción alérgica a la anestesia, lo cual podría incluso comprometer su salud o su vida.

Riesgos por su condición de salud: el profesional le explicará y anotará en observaciones sus condiciones o enfermedades que generen algún riesgo adicional para la intervención.

Información de interés: en caso de una emergencia durante el procedimiento, se hará lo necesario para el resguardo de su salud y su vida. Usted puede cambiar de opinión en cualquier momento, con respecto a si desea continuar con el tratamiento o no. Aceptar realizar el tratamiento no libera al profesional o a la institución de responsabilidades legales o administrativas que estos incumplan.

Dudas planteadas por el paciente: el profesional responderá y anotará en observaciones las preguntas que usted tenga, en caso de ser necesario.

**Observaciones:**

| |
|--|
| |
|--|

Con base en la información y explicación que el profesional me ha brindado: declaro que toda la información que he proporcionado sobre mi condición de salud es cierta, y que no he omitido ningún aspecto que me hubiera sido preguntado. También declaro que me han explicado oralmente el procedimiento: cómo se realiza, riesgos, complicaciones y alternativas, y me han aclarado todas las dudas. Además, declaro que conozco que existe la posibilidad de cambiar de opinión sobre la realización del procedimiento.

De manera libre y voluntaria complete la siguiente información:

| ¿Acepta someterse al procedimiento propuesto? | (SI) | (NO) |
|--|----------------|---------------|
| _____ Firma o huella del usuario | _____ Fecha | _____ Hora |
| _____ Firma o huella del representante | _____ Fecha | _____ Hora |
| _____ Firma del profesional que informa | _____ Fecha | _____ Hora |
| _____ Firma del profesional que realiza la intervención | _____ Fecha | _____ Hora |

Firmas de los testigos: nosotros, los abajo firmantes, damos fe de que la persona usuaria:

- Ha impreso su huella digital en nuestra presencia, en señal de aceptación del procedimiento o actividad anteriormente indicado.
- Ha delegado en nuestra presencia el derecho de autorizar el procedimiento o intervención propuesta.

| | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|----------------|
| _____ Nombre de la persona a la que se delega | _____ Firma o huella | _____ Identificación | _____ Fecha |
| _____ Nombre del testigo 1 | _____ Firma o huella | _____ Identificación | _____ Fecha |
| _____ Nombre del testigo 2 | _____ Firma o huella | _____ Identificación | _____ Fecha |

De requerirse practicar otros procedimientos no contemplados en este Consentimiento Informado, se deberán utilizar formularios adicionales, digitalizarlos e incorporarlos al Expediente de Salud mediante el Asistente EDUS.

Revocatoria: en caso de revocatoria del consentimiento (completar solo en caso necesario o bien, dejar en blanco)



He cambiado de opinión y ya no deseo realizarme el procedimiento o intervención que había autorizado.

| | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|----------------|
| _____ Nombre del usuario o del representante | _____ Firma o huella | _____ Identificación | _____ Fecha |
|---|-------------------------|-------------------------|----------------|