

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

\_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA RETRACCIÓN PALPEBRAL

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

## **LO QUE USTED DEBE SABER**

### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La retracción palpebral (lesión en el músculo del párpado) puede afectar al párpado superior o inferior y tener varias causas, siendo las más frecuentes: el hipertiroidismo, la parálisis facial y el envejecimiento cutáneo con hipoplasia de maxilar superior (el músculo no se ha desarrollado correctamente). Puede producir queratitis (inflamación de la córnea transparente) por aumento de la superficie de exposición, epífora (lagrimeo) por irritación y/o alteración en el trayecto de la evacuación lacrimal y alteraciones estéticas.

### CÓMO SE REALIZA

Para corregirlo se precisa la intervención quirúrgica. La retracción del párpado superior se corrige debilitando el músculo elevador o extirpando el músculo de Müller. La retracción del párpado inferior, casi siempre se corrige mediante un injerto. Este injerto puede ser obtenido del propio paciente, generalmente del paladar o utilizar material sintético biocompatible o biológico, bien del propio paciente (fascia lata), o de un banco de tejidos (esclera liofilizada).

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Hematoma palpebral (de los párpados) y/o facial que pueden durar hasta 2-3 semanas.  
Molestias leves y enrojecimiento ocular el día de la intervención.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Si todas las estructuras oculares están sanas, tras la intervención, el párpado recuperará la posición correcta, lo cual conlleva una mejor realización de su función protectora ocular, así como la mejoría estética.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

### **LOS MÁS FRECUENTES:**

- Inflamación y dolor ocular controlable con tratamiento médico.
- Hematoma palpebral (inflamación de los párpados) los días posteriores a la cirugía.

### **LOS MÁS GRAVES:**

- Infección de la herida que suele requerir toma de antibióticos.

- Cicatrices antiestéticas o hipertróficas, hipercorrección o hipocorrección, anormalidades del borde palpebral, en el que pueden aparecer irregularidades o escotaduras, lagofthalmos (imposibilidad de cierre del párpado), ojo seco.
- En caso de usar tejidos propios del paciente existe el riesgo de complicaciones propias en el lecho donante: cicatrices antiestéticas, hematoma, infecciones.
- Cuando se utilizan tejidos de banco puede existir la posibilidad de transmisión de enfermedades infecciosas (virus, bacterias, priones.).
- En caso de utilizar material no biológico existen riesgos de intolerancia o infecciones del material extraño, que pueden requerir su retirada.
- Existen descritas otras complicaciones infrecuentes no incluidas en este texto dada su extensión, que podrán ser comentadas por su oftalmólogo si usted lo desea.

**OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso, las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento del/de la representante legal.

En el caso del MENOR DE EDAD, el consentimiento lo darán sus representantes legales, aunque el menor siempre será informado de acuerdo a su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Representante legal: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

No autorizo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

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

\_\_\_\_\_  
Firma Médico