


Código: CMS-F-CX-047	<b>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
Versión N°		
Vigente desde		

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TURBINOPLASTIA TRANS NASAL**

Fecha de toma del consentimiento: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar de toma del consentimiento: \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_

Identificado con \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Con diagnóstico de \_\_\_\_\_

Mediante el presente documento legal certifico que he sido informado por parte del Médico Tratante, el Doctor \_\_\_\_\_

Sobre la siguiente actividad, intervención, procedimiento especial o tratamiento que requiero:

**TURBINOPLASTIA TRANS NASAL**


y se me ha informado de igual manera que este procedimiento o servicio es integral y puede generar, entre otros, los siguientes efectos secundarios o colaterales, las siguientes complicaciones y también se me ha informado sobre la existencia de RIESGOS que se pueden presentar incluso bajo condiciones de atención adecuada:

**Es posible pero no frecuente la presentación de hemorragia, que se resuelve con el taponamiento nasal, pero que puede aparecer a pesar del mismo. Puede aparecer una infección de la cavidad operatoria o de las cavidades que rodean la fosa nasal. Pueden formarse sinequias entre las paredes laterales de la fosa nasal y el septo nasal, que pueden requerir su sección en un segundo tiempo operatorio. Es posible que persista la insuficiencia respiratoria nasal o que pueda aparecer cierta sequedad nasal. Pueden aparecer también, trastornos deficitarios de la olfacción.**

Se me ha informado amplia y suficientemente sobre las ALTERNATIVAS de tratamiento al actualmente descrito, las cuales son:

**No realización del procedimiento con persistencia de la sintomatología de insuficiencia respiratoria nasal. No se conocen otros métodos eficaces para el tratamiento de la hipertrofia de los cornetes, cuando el tratamiento médico ya no es efectivo**

Dejo constancia de que he sido informado del derecho que me asiste de rechazar la realización del procedimiento, actividad o plan de tratamiento y de que he sido instruido sobre el hecho de que este documento es legal, sustentado bajo el principio de autonomía, consagrado en la Constitución Política de Colombia y Códigos de ética de cada Profesión de la Salud estipulada de la siguiente manera: **Medicina:** Ley 23 de 1981, capítulos I,II,III. **Enfermería:** Ley 911 de 2004 **Bacteriología:** Ley 841 de 2003, Título I,IV. **Terapia Respiratoria:** Ley 1240 de 2008 título I, así como de la norma de manejo de la Historia Clínica Resolución 1995 de 1999 y la Resolución 13437 de 1991, donde se adopta el Decálogo de Derechos de los Pacientes.

Código: CMS-F-CX-047	<b>FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
Versión N°		
Vigente desde		

Por lo anterior autorizo a: \_\_\_\_\_  
**Profesional en \_\_\_\_\_ y a la Clínica Medihelp para que  
se me realice el procedimiento, actividad, intervención o Plan de Tratamiento propuesto.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Represente Legal**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Documento de identidad:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Profesional**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Registro Profesional:** \_\_\_\_\_

**Documento de Identidad:** \_\_\_\_\_

**NO ACEPTACION:** En consideración a la información recibida y descrita anteriormente he tomado la decisión de **NO ACEPTAR, RECHAZAR Y NO AUTORIZAR** la actividad, intervención o plan de tratamiento propuesto, declarando que he sido instruido amplia y suficientemente sobre las probables consecuencias sobre la salud y la vida, las cuales pueden ser: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente o Represente Legal**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_

**Documento de identidad:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Profesional**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Registro Profesional:** \_\_\_\_\_

**Documento de Identidad:** \_\_\_\_\_

**Dada en:** \_\_\_\_\_ **a los** \_\_\_\_\_ **días del mes de** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_