

Fecha de obtención del CI: \_\_\_\_\_

Hipótesis Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Médico (Primer nombre y dos apellidos): \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Representante legal (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Objetivos

Se me ha explicado que 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.

### 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

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición y acerca de 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 ellos conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento informado.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **SEPTOPLASTÍA**.

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

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

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal