

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (Si corresponde primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Lo informado verbalmente o a través de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Objetivos

- Estudio de la anatomía de la Vía Aérea Superior (nariz, garganta y laringe)
- Visualización en forma directa las distintas alteraciones de la Vía Aérea Superior
- Evaluación: de la capacidad de paso del aire por la fosa nasal (respiración), de deglución (tragar) y de la capacidad de Fonación (hablar).

Características

La nasofibroscopía consiste en la introducción por la fosa nasal de una fibra óptica flexible (de tamaño adecuado al área) que permite la visualización de la vía aérea superior (Nariz, Orofaringe y Laringe) y que tiene una duración aproximada de 15 minutos.

Riesgos

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento. Alguno de estos son: molestia y/o dolor leve en la zona estudiada (depende de tolerancia de cada paciente), lesiones superficiales en la mucosa (paso de la fibra óptica), con posibilidad de sangramiento y/o lesiones de la mucosa que podrían eventualmente requerir algún tipo de manejo como cauterización o taponamiento, reacciones vasovagales (náuseas, mareos) son excepcionales (raras).

Declaración y Consentimiento:

Declaro que se me han dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición clínica, de las alternativas de anestesia, y de los riesgos asociados.

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

Comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto. Entiendo que en caso que mi revocación se produzca una vez iniciado el procedimiento, éste podrá suspenderse sólo si ello no me perjudica y que serán de mi cargo los gastos en que se haya incurrido.

Por lo tanto, **CONSIENTO y FIRMO:**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal