

Nº 147 /2016/INSN-SB/T

"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"
"Año de la consolidación del Mar de Grau"



RESOLUCION DIRECTORAL

Lima, 13 OCT. 2016

VISTO:

El expediente N° 16-016742-001-INSN-SB, sobre aprobación de los Formatos de Consentimiento Informado del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial; y,

CONSIDERANDO:

Que, el numeral II del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el Artículo 4° de la precitada Ley, establece que "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo.(...)";

Que, el literal a) del numeral 15.4 del artículo 15° de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, establece que toda persona tiene derecho "A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, (...)";

Que, en el segundo párrafo del artículo 24° del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, aprobado con Decreto Supremo N° 027-2015-SA, se establece que "El médico tratante o el investigador, según corresponda, es el responsable de llevar a cabo el proceso de consentimiento informado, debiendo garantizar el derecho a la información y el derecho a la libertad de decisión de la persona usuaria";

Que, el numeral 6° de Definiciones de las Disposiciones Generales de la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, establece que "el consentimiento informado es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente le ha informado la naturaleza de la atención (...)";

Que, la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, establece que "(...) En caso de menores de edad o pacientes con discapacidad mental se tomará el consentimiento informado a su apoderado o representante legal. El uso del formato de consentimiento informado es obligatorio en todo establecimiento de salud (...)";

Que, mediante la Nota Informativa N° 00510-2016-UGC-INSN-SB, de fecha 18 de agosto del 2016, la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad solicita a la Dirección General la aprobación de los Formatos de Consentimiento Informado del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial, los que fueron presentados por el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial de la Sub Unidad de Atención Integral Especializada de Especialidades Quirúrgicas, mediante Nota Informativa N° 001-2016-CCCYMF-INSN-SB, y cuentan con opinión favorable de la Unidad de Gestión de la Calidad, y de la Unidad de Atención Integral Especializada, mediante la Nota Informativa N° 366-2016-UAIE-INSN-SB;

Con el Visto bueno del Director Adjunto, del Director Ejecutivo de la Unidad de Atención Integral Especializada, de la Jefa de Oficina de la Unidad de Gestión de la Calidad; y, del Jefe de Oficina de la Unidad de Asesoría Jurídica;

Por estas consideraciones y de conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, en el Decreto Supremo N° 027-2015-SA, en la Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 090-2013/MINSA, en la Resolución Ministerial N° 512-2014/MINSA; y, en la Resolución Jefatural N° 340-2015/IGSS;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar los Formatos de Consentimiento Informado del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial, que como anexos forman parte de la presente resolución; los mismos que se detallan a continuación:

- Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Resección de Tumor de Parótida-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Traqueostomía-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Resección del Quiste del Conducto Tirogloso-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Cirugía Osteogénica-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de Cura Quirúrgica de Osteomielitis-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Reconstrucción Mandibular con Colgajo Microvascularizado de Peroné-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Resección de Nasoangiofibroma Juvenil-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Resección Linfangioma Quístico-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Resección de Hemangiomas y/o Malformaciones Arterio Venosas (MAV) -(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Resección del Tumor o Quiste de la Glándula Tiroides-(01 folio).



- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Tratamiento Quirúrgico de Fracturas del Macizo óseo Facial-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Distracción Ontogénica Maxilar o Mandibular-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Remodelación y Resección de Displasia Fibrosa-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Avance Tercio Superior Facial o Avance Fronto Orbitario-(01 folio).
- Consentimiento Informado de realización de Procedimiento de Avance Tercio Medio Facial o Avance Le Fort III-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Tratamiento Anquilosis de la Articulación Temporo-Mandibular-(01 folio).
- Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento de Cura Quirúrgica de Neurofibromas-(01 folio).

ARTÍCULO 2°.- Encargar al Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial la implementación de los Formatos de Consentimiento Informado del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Máxilo Facial.

ARTÍCULO 3°.- Encargar a la Unidad de Gestión de la Calidad, la evaluación y supervisión del uso de los Formatos aprobados en la presente resolución.

ARTÍCULO 4°.- Disponer la publicación de la presente Resolución y los Formatos de Consentimiento Informado aprobados, en la página Web de la Institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE

insn Instituto Nacional de Salud del Niño
San Borja

Dra. Zulema Tomas Gonzáles
DIRECTORA GENERAL



EZTG/JCRG/kfb
Distribución

- () Titular
- () Dirección Adjunta
- () Unidad de Atención Integral Especializada
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Unidad de Asesoría Jurídica
- () Archivo
- () Comunicaciones





**Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento
RESECCIÓN DE TUMOR DE PARÓTIDA**

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento:

RESECCIÓN DE TUMOR DE PARÓTIDA es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección del tumor a nivel de la glándula parótida.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la resección del tumor a nivel de la glándula parótida.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia del tumor de parótida, Infección del tumor de parótida

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Paresia Facial, Parálisis Facial, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular Muerte

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Parálisis facial, granuloma de piel, cicatriz queloides, recurrencia tumor parótida.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO CLÍNICA DE CABEZA Y CUELLO Y MAXILO FACIAL			
Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

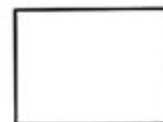
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MEDICINA FACIAL

Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

**Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento
TRAQUEOSTOMÍA**

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2015)

Procedimiento:

TRAQUEOSTOMÍA es un procedimiento quirúrgico que consiste en la colocación de un vía aérea artificial a nivel de los anillo traqueales para su restaurar su funcionalidad.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es lograr una vía área funcional para el paciente.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección.

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia de la dificultad respiratoria, Intubación prolongada, Estenosis laringotraqueal, Muerte.

Riesgos frecuentes:

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria, Muerte.

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, estenosis laringotraqueal, cicatriz queloide, enfisema subcutáneo.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comuniqué enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO Y MAXILOFACIAL			

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

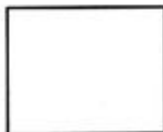
Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

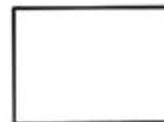
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....



Dr. JUAN FRANCISCO ORELLANA ACEVEDO
DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
Especialista en Cirugía Maxilofacial
Especialista en Cirugía Maxilofacial

Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento

RESECCIÓN DEL QUISTE DEL CONDUCTO TIROGLOSO

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento:

QUISTECTOMÍA + FISTULECTOMÍA + HIOIDECTOMÍA CENTRAL (OPERACIÓN DE SISTRUNK MODIFICADO) es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección del quiste con su trayecto fistuloso y la porción media del hueso hioides.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la Resección quirúrgica del quiste del conducto tirogloso

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia del quiste del conducto tirogloso, Infección del quiste del conducto tirogloso, Fístula del quiste del conducto tirogloso

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardíaco respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma cervical, cicatriz queloides, recurrencia del quiste o fístula del conducto tirogloso

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comuníqueme enfermedades que adolezca el paciente.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------

F. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
TRAUMATOLOGÍA FACIAL
San Borja - 2018





DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

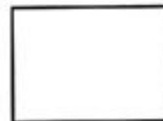
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de.....del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIROLOGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
Carnet 10518



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

**Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de
CIRUGÍA ORTOGNÁTICA**

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento:

CIRUGÍA ORTOGNÁTICA es un procedimiento quirúrgico que consiste en la OSTEOTOMÍA MAXILAR SUPERIOR LE FORT () + OSTEOTOMÍA MANDIBULAR OBWEGESER DAL PONT () + MENTOPLASTÍA () + OSTEOSÍNTESIS CON MINIPLACAS Y TORNILLOS DE TITANIO ().

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es lograr restablecer funcional, anatómica y estética el macizo óseo facial a nivel maxilar y mandibular.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia de la malformación de los maxilares

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queiloide, recurrencia, lesión del nervio infraorbitario, dentario inferior, mentoniano y submandibular.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comuniqué enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres

FRANCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y OTOLOGIA FACIAL



Servicio

N° HC

Cama



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:..... con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

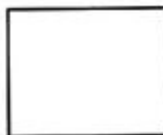
Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

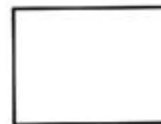
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DE CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho



.....
Firma y sello de Médico: DR. MARIO ANTONIO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
TRAUMATOLOGIA FACIAL

Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------

Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento

CURA QUIRÚRGICA DE OSTEOMIELITIS

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento:

CURA QUIRÚRGICA DE OSTEOMIELITIS es un procedimiento quirúrgico que consiste en la limpieza quirúrgica y resección del tejido óseo con osteomielitis.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la limpieza quirúrgica y resección del tejido óseo con osteomielitis.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección.

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia del proceso infeccioso, Pérdida piezas dentarias, Fístula cutánea, Anquilosis.

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, parestesias ó anestesia facial o dental, parálisis facial, desviación lateral mandibular con la apertura oral, enfisema subcutáneo.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
JUAN FRANCISCO MORE ACEVEDO CIRUGIA DE OREJA Y CUELLO Y MAXILOFACIAL			1



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....

Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....

Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....

Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

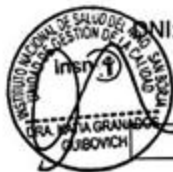
DNI:.....

Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJIA DE CABEZA Y CUELLO
MAXILO FACIAL



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

**Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de
RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON COLGAJO MICROVASCULARIZADO DE PERONE
(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)**

Procedimiento:

RECONSTRUCCIÓN MANDIBULAR CON COLGAJO MICROVASCULARIZADO DE PERONE es un procedimiento quirúrgico que consiste en la RESECCIÓN DEL TUMOR MANDIBULAR + RECONSTRUCCIÓN CON COLGAJO MICROVASCULARIZADO DE PERONÉ + OSTEOSÍNTESIS CON PLACAS Y TORNILLOS DE TITANIO.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la reconstrucción de la anatomía y función mandibular.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia, Aumento de volumen tumoral o quístico, Pérdida de piezas dentarias, Sangrado

Riesgos frecuentes:

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria,

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloides, recurrencia, fístula, parálisis facial, granuloma de piel, cicatriz queloides o recurrencia tumor o quiste.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
 DR. FRANCISCO ORE ACEVEDO COLGADO DE CABEZA Y CUELLO Y MAXILO FACIAL			

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

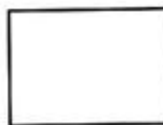
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

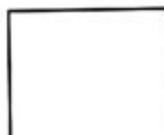
REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de.....del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

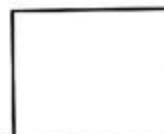
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJIA DE CABEZA Y CUELLO
TRAUMATOLOGIA FACIAL



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento

RESECCIÓN DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento:

RESECCIÓN DE NASOANGIOFIBROMA JUVENIL es un procedimiento quirúrgico que consiste en la INTUBACIÓN SUBMENTONIANA + OSTEOTOMÍA LE FORT + RESECCIÓN TUMOR NASOFARÍNGEO + RECONSTRUCCIÓN Y OSTEOSÍNTESIS CON MINIPLACAS Y TORNILLOS TITANIO O REABSORBIBLES.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la resección quirúrgica del nasofibrofibroma juvenil

Alternativas:

Embolización terapéutica, hormonoterapia, radioterapia.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado ,Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia y aumento de volumen tumoral, Sangrado nasal o por cavidad oral profuso.

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular .Muerte

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queiloide, recurrencia, voz nasal, sinusitis a repetición, alteraciones septales u ópticas (ceguera parcial o total) y dentales.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
MAXILO FACIAL
Calle 100-8



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

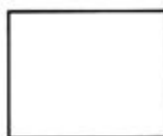
Que el Médico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

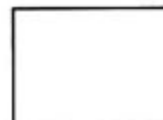
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJIA DE CABEZA Y CUELLO
MAXILO FACIAL



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento

RESECCIÓN DE LINFANGIOMA QUÍSTICO

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento:

RESECCIÓN DE LINFANGIOMA QUÍSTICO es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección del quiste o los quistes que conforman el linfangioma quístico.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la Resección quirúrgica del linfangioma quístico.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Incremento de volumen o crecimiento, Compresión de estructuras, Persistencia del linfangioma quístico, Infección del linfangioma quístico.

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardíaco respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloides, recurrencia, lesión del nervio lingual, facial, neumogástrico, espinal, hipogloso, frénico, parasimpático, simpático cervical, laringe, tráquea, hipofaringe, esófago, vena yugular interna y arterias carótidas, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y dependencia según el caso de traqueostomía.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO
MAXILO FACIAL





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

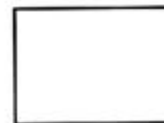
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de.....del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

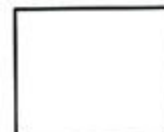
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

**Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento
RESECCIÓN DE HEMANGIOMAS Y/O MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS (MAV)
(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)**

Procedimiento:

RESECCIÓN DE HEMANGIOMAS Y/O MAV es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección parcial o total del hemangioma y/o malformación arteriovenosa.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la resección del hemangioma y/o malformación arteriovenosa.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia del hemangioma y/o malformación arteriovenosa, Infección del hemangioma y/o malformación arteriovenosa

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, lesión del nervio lingual, facial, neumogástrico, espinal, hipogloso, frénico, parasimpático, simpático cervical, laringe, tráquea, hipofaringe, esófago, vena yugular interna y arterias carótidas, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y dependencia según el caso de traqueostomía.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comuniqué enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



--	--	--	--

Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

*Dr. FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO
PATOLOGIA FACIAL*





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

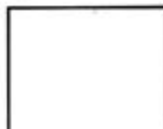
Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

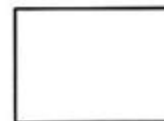
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....



Dr. JOAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
MAXILO FACIAL
C. 10010 - Anexo 10018



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento

RESECCIÓN DEL TUMOR o QUISTE DE LA GLÁNDULA TIROIDES

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento:

RESECCIÓN DEL TUMOR ó QUISTE DE LA GLÁNDULA TIROIDES es un procedimiento quirúrgico que consiste en la HEMITIROIDECTOMIA DERECHA () ó IZQUIERDA () ó TIROIDECTOMÍA TOTAL (), CON () ó SIN () BIOPSIA DE CONGELACIÓN.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es retirar quirúrgicamente el tumor o el quiste de la glándula tiroides.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia del tumor de la glándula tiroides

Riesgos frecuentes:

Recurrencia Sangrado, Infección, Disfonía, Afonía, Dehiscencia de herida operatoria

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloide, lesión las glándulas paratiroides, lesión del nervio neumogástrico, recurrente laríngeo, laringe, tráquea, hipofaringe, esófago, vena yugular interna y arterias carótidas, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y dependencia según el caso de traqueostomía.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comuníqueme enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------

Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

P. JUAN FRANCISCO ORTEGA ACEVEDO
QUIRÓFANO DE CABEZA Y CUELLO
MAYO 2016





DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

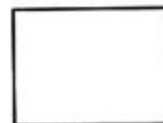
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de.....del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO
MAXILO FACIAL



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

**Consentimiento Informado para la realización de Procedimiento
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE FRACTURAS DEL MACIZO ÓSEO FACIAL
(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)**

Procedimiento:

REDUCCIÓN CRUENTA DE FRACTURA TERCIO SUPERIOR (), TERCIO MEDIO (), TERCIO INFERIOR (), de localización DERECHA () IZQUIERDA () BILATERAL () + OSTEOSÍNTESIS CON MALLAS (), MINIPLACAS () y TORNILLOS de TITANIO () ó REABSORBIBLES () y/o + FIJACIÓN INTERMAXILAR () con INTUBACIÓN OROTRAQUEAL (), NASOTRAQUEAL (), SUBMENTONEANA () o por TRAQUEOSTOMÍA ().

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es la restauración de la anatomía y función del macizo óseo facial

Alternativas:

Persistencia del trazo de fractura con deformidad facial y/o pseudoartrosis o infección.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia del trazo de fractura con deformidad facial, Mala consolidación de fragmentos, Pseudoartrosis, Infección.

Riesgos frecuentes:

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular .Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloides, recurrencia, fístula, lesión del trigémino, facial y/o espinal. Así como estructuras adyacentes como globo ocular, lengua, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y dependencia según el caso de traqueotomía.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

1

D. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO
MACIZO FACIAL
000.8



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

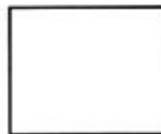
Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de.....del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

.....
Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO-FACIAL

Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento

DISTRACCIÓN ÓSTEOGÉNICA MAXILAR O MANDIBULAR

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento:

DISTRACCIÓN ÓSTEOGÉNICA es un procedimiento quirúrgico que consiste en la OSTEOTOMÍA MAXILAR SUPERIOR () ó MANDIBULAR UNILATERAL () ó BILATERAL () Y COLOCACIÓN DE DISTRACTOR ÓSEO + INTUBACIÓN OROTRAQUEAL ó NASOTRAQUEAL GUIADA POR FIBROSCOPIA ó POSIBILIDAD DE TRAQUEOSTOMÍA.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es lograr el crecimiento óseo del macizo facial.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección.

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia de la hipoplasia maxilar superior y/o, mandibular derecho, izquierdo ó bilateral

Riesgos frecuentes:

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, lesión del nervio facial, dentario inferior, infraorbitario, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y dependencia según el caso de traqueostomía.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

F. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUJANO DE CABEZA Y CUELLO
TRAUMATOLOGÍA FACIAL





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

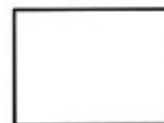
DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIJURIO DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

**Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de
REMODELACIÓN Y RESECCIÓN DE DISPLASIA FIBROSA
(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)**

Procedimiento:

REMODELACIÓN Y RESECCIÓN DE HEMANGIOMAS Y/O MAV es un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección parcial o total de la displasia fibrosa a nivel de macizo óseo facial.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es el restablecimiento de la simetría facial, corrigiendo la deformidad ósea y función afectada

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia del hemangioma y/o malformación arteriovenosa, Infección del hemangioma y/o malformación arteriovenosa.

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardiorespiratorio, Desorden cerebro vascular ,Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queiloide, recurrencia, lesión del nervio dentario inferior, mentoniano, infraorbitario, supraorbitario, facial, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir y dependencia según el caso de traqueostomía.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
P. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO TRAUMATOLOGIA FACIAL			





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

.....
Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

.....
Firma y sello de Médico

DNI:.....



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
TRAUMATOLOGIA FACIAL

Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

**Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de
AVANCE TERCIO SUPERIOR FACIAL o AVANCE FRONTO ORBITARIO
(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)**

Procedimiento:

AVANCE TERCIO SUPERIOR FACIAL es un procedimiento quirúrgico que consiste en la OSTEOTOMÍA Y AVANCE FRONTO-ORBITARIO + OSTEOSINTESIS CON MALLAS, MINIPLACAS Y TORNILLOS REABSORBIBLES ó COLOCACIÓN DE DISTRACTOR TERCIO MEDIO FACIAL EXTERNO + OSTEOSINTESIS CON MINIPLACAS, PERNOS Y TORNILLOS DE TITANIO

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es Avanzar quirúrgicamente el tercio superior facial.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia de la malformación cráneo-máximo-facial

Riesgos frecuentes:

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, lesión del nervio olfatorio, óptico, motor ocular común, patético, motor ocular externo, supraorbitario, infraorbitario, facial, dificultad respiratoria.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
DR. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO TRAUMATOLOGIA FACIAL			



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de.....del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

**Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de
AVANCE TERCIO MEDIO FACIAL o AVANCE LE FORT III
(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)**

Procedimiento:

PROCEDIMIENTO DE AVANCE TERCIO MEDIO FACIAL es un procedimiento quirúrgico que consiste en la OSTEOTOMÍA LE FORT III Y COLOCACIÓN DE DISTRACTOR TERCIO MEDIO FACIAL EXTERNO + OSTEOSINTESIS CON MINIPLACAS, PERNOS Y TORNILLOS DE TITANIO.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es Avanzar quirúrgicamente el tercio medio facial.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia de la malformación cráneo-máximo-facial

Riesgos frecuentes:

Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio, hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, lesión del nervio olfatorio, óptico, motor ocular común, patético, motor ocular externo, supraorbitario, infraorbitario, facial, dificultad respiratoria, dificultad al deglutir.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comuniqué enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama



Dr. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
MAXILO FACIAL
Septiembre 2018





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Médico:..... con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha..... de del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,..... de de

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

**Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento de
TRATAMIENTO ANQUILOSIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO-MANDIBULAR
(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)**

Procedimiento:

TRATAMIENTO ANQUILOSIS DE LA ARTICULACIÓN TEMPORO - MANDIBULAR es un procedimiento quirúrgico que consiste en la OSTECTOMÍA MANDIBULAR UNILATERAL () ó BILATERAL () + COLOCACIÓN DE DISTRACTOR MANDIBULAR UNILATERAL () ó BILATERAL (), CON INTUBACIÓN NASOTRAQUEAL GUIADA POR FIBROSCOPIA ó POSIBILIDAD DE TRAQUEOSTOMÍA

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico es lograr la adecuada apertura bucal del paciente.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección.

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia de la Anquilosis total o parcial.

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria.

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro Cardio Respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte.

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, Cicatriz queloide, recurrencia, Parestesias o anestesia facial o dental, Parálisis facial, Desviación lateral mandibular con la apertura oral, Enfisema subcutáneo.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno () Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
---------------------	----------	-------	------

*F. JUAN FRANCISCO DEL ACEVEDO
CIRUGIA DE MAXILARIA Y CUELLO
Y CARA FACIAL*





DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Medico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de..... del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....

Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama

Consentimiento Informado para la realización del Procedimiento

CURA QUIRÚRGICA DE NEUROFIBROMAS

(Ley General de Salud N° 26842, RD N° -INSNSB-DG-2016)

Procedimiento:

RESECCIÓN DE NEUROFIBROMA(S) es un procedimiento quirúrgico que consiste en la remoción quirúrgica del neurofibroma o neurofibromas.

Objetivos:

El objetivo del tratamiento quirúrgico que consiste en la remoción quirúrgica del neurofibroma o neurofibromas.

Alternativas:

No existen alternativas de tratamiento.

Consecuencias previsibles de su realización:

Sangrado, Infección.

Consecuencias previsibles de su no realización:

Persistencia del proceso infeccioso, Pérdida piezas dentarias.

Riesgos frecuentes:

Recidiva, Sangrado, Infección, Dehiscencia de herida operatoria

Riesgos poco frecuentes:

Broncoespasmo, Desequilibrio hidroelectrolítico, Tromboembolia, Paro cardio respiratorio, Desorden cerebro vascular, Muerte

Riesgos en función de las particularidades del paciente:

Granuloma, cicatriz queloide, recurrencia, parestesias ó anestesia facial o dental, parálisis facial, desviación lateral mandibular con la apertura oral, enfisema subcutáneo.

Antes de la exploración consulte las dudas al médico, y comunique enfermedades que conozca.

Pronóstico: Bueno ()

Reservado ()

Recomendaciones: Cumplir con citas en forma ambulatoria por consulta externa



Apellidos y Nombres	Servicio	N° HC	Cama
 P. JUAN FRANCISCO ACEVEDO CIRUGIA DE CABELLO Y CUELLO Y MAXILO FACIAL Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y Maxilo Facial Fecha: 2023-08-08			1



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - SAN BORJA

DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), del paciente:....., con número de Historia Clínica:....., con el Diagnóstico:.....

Declaro:

Que el Médico:.....con CMP N°....., me ha explicado que es conveniente/necesario, debido al diagnóstico de mi familiar, la realización de

Por lo tanto, con la información oportuna, completa, adecuada y sin presión, yo voluntaria y libremente:

SI () NO () doy mi consentimiento para el procedimiento.

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....

REVOCATORIA DEL CONSENTIMIENTO:

Yo Sr/Sra..... de años de edad, con domicilio en; DNI....., en calidad de Padre (), Madre (), o Apoderado (), revoco el Consentimiento firmado en fecha.....de.....del y **NO AUTORIZO** la realización del y asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida, deslindando de toda responsabilidad al Equipo médico y a la Institución.

Lima,.....de.....de.....

Firma del Responsable del Padre/Apoderado

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma de testigo (opcional)

DNI:.....



Huella Digital
Índice Derecho

Firma y sello de Médico

DNI:.....



D. JUAN FRANCISCO ORE ACEVEDO
CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
Y MAXILO FACIAL
Año 2008



Apellidos y Nombres

Servicio

N° HC

Cama