

	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE NASOSINUSCOPIA</b>	
	Proceso: Gestión de la Información	Versión: 4

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 EDAD \_\_\_\_\_ DOCUMENTO No: \_\_\_\_\_

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, la intervención denominada NASOSINUSOSCOPIA, así como las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

### BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Llamamos NASOSINUSOSCOPIA a un procedimiento que se utiliza para el diagnóstico de las patologías de la nariz y la nasofaringe. Se trata de un endoscopio rígido o flexible que se introducirá por la nariz del paciente hasta visualizar la zona a evaluar.

Se realiza bajo anestesia local según los casos. En algunos casos se realiza bajo anestesia general como ayuda visual de procedimientos más complejos.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención persistirán las lesiones nasales que la hubieran podido justificar o no se podrá disponer de los elementos de diagnóstico previstos.

### BENEFICIOS ESPERABLES

Diagnóstico y tratamiento de las diferentes enfermedades de la nariz y nasofaringe, objeto de esta técnica.

### PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Podría evaluarse los diferentes territorios anatómicos mediante imágenes de radiología sin embargo es el único método disponible en la actualidad para visualizar directamente las diferentes áreas de la nariz. Su cirujano le aconsejará el mejor procedimiento a utilizar.

### RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Generalmente este procedimiento es inocuo para el paciente y se realiza rápidamente. Lo más frecuente es incomodidad o molestia en la nariz que pasará rápidamente después de realizar el examen. Eventualmente puede producirse una hemorragia que pueda requerir una nueva intervención.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he sido informado, por el médico, de los aspectos más importantes del estudio diagnóstico que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de la misma, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada prueba y de las alternativas a esta técnica diagnóstica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes a los médicos que me atienden.



**JULIÁN MOLANO**

Otorrinolaringólogo

**DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA  
REALIZACIÓN DE NASOSINUSCOPIA**

Proceso: Gestión de la Información

Versión: 4

Fecha aprobación:  
01/06/2024

Acepto que, durante la intervención, el cirujano pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto médico y la estancia en un centro médico son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes del procedimiento.

En resumen, considero que la información ofrecida por el médico y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

FIRMADO EN \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
EI PACIENTE

Fdo.: \_\_\_\_\_  
EI MEDICO

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con CC: \_\_\_\_\_ y en calidad de \_\_\_\_\_, es consciente de que el paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que haría el propio paciente.

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal

### REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que queda sin efecto a partir del momento de la firma. Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

Fdo.: \_\_\_\_\_  
El representante legal /Paciente.