



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

### Miringotomía con o sin Inserción de Tubos

Oído Derecho       Oído Izquierdo

*Todos los procedimientos incurren riesgos de anestesia, sangrado, infecciones de la incisión, deformidades cosméticas, cicatrices y complicaciones inesperadas o no comunes. Los siguientes son algunos riesgos específicamente asociados a su procedimiento quirúrgico.*

- **Infeción:** Las infecciones de oído ocurren después de la inserción de tubos en un 15-20% de los pacientes. Típicamente presenta como pus o desecho con sangre proveniente del oído y usualmente son bien controladas con antibióticos tópicos u orales.
- **Pérdida auditiva:** Una complicación no común, más si posible, a desarrollarse posteriormente a la miringotomía con o sin la inserción de tubos de ventilación.
- **Perforación del tímpano** La Miringotomía o inserción de los tubos de ventilación son diseñados para crear un perforación temporal del tímpano. La mayoría de las preformaciones sanan esporádicamente. Aproximadamente 10% de los pacientes llegan a tener perforaciones persistentes después de la inserción del tubo de oído que quizá necesiten se corregidos de manera quirúrgica. Si solo la miringotomía se lleva a cabo el riesgo anterior disminuye de manera substancial.
- **Colesteatoma** Rara vez, la piel del canal auditivo o del tímpano llega a migrar a lo largo de la miringotomía o la superficie del tubo, entrando al oído medio (detrás del tímpano). Aquí, puede formar un quiste óseo erosivo. Si esto ocurre, 1-2 operaciones son típicamente requeridas para remover el quiste.
- **Abstracción temprana del tubo** La mayoría de los tubos permanecen en el tímpano durante 6-18 meses, otro más tiempo. Los tubos duraderos pueden permanecer varios años. Es difícil predecir cuánto tiempo permanecerán los tubos en el tímpano.
- **Complicaciones de Anestesia:** Estas son raros hoy en día con las nuevas técnicas de anestesia. Usted se reunirá con su anestesista/anestesiólogo el día de su cirugía. Favor de sentirse libre de discutir la técnica de anestesia, uso de medicamentos, y cuidados peri operativos con él/ella. El Dr. Jacob no es responsable por los cuidados de anestesia.

**Firmando a continuación, reconozco que me medico y su equipo de trabajo se han hecho disponibles a contestar mis preguntas. Además, de la consejería verbal durante mi vista/s con el personal de Ear and Hearing en el Center de Neurosciences, he leído, entendido, y cuidadosamente considerado los riesgos y complicaciones de esta operación, y los acepto. No hubo barreras de comunicación efectiva.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Medico/Representante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_