



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
ARMENIA QUINDÍO  
NIT. 801001440-8

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAVADO DE OIDOS

Yo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Años de edad, con Cedula Número \_\_\_\_\_, manifiesto en forma expresa que voluntariamente me presenté a REDSALUDARMENIA E.S.E, para SOLICITAR Y AUTORIZAR se me practique el procedimiento: LAVADO DE OÍDO(S)

#### Indicaciones:

- La formación de tapones de cerumen puede ocurrir por: 1. Aumento en las secreciones (Constitucional o por irritación debida a la limpieza continuada del conducto). 2. Obstrucción en la eliminación del cerumen (estenosis del conducto o excesivo desarrollo piloso) y 3. Introducción del cerumen hacia adentro por manipulación externa (hisopos o copitos de algodón). El diagnostico lo realiza el médico con el uso del otoscopio.
- El lavado de oídos es el procedimiento que permite extraer el cerumen impactado en el conducto auditivo externo. Se requiere previamente la aplicación de sustancias que ablanden el tapón de cerumen (aplicadas durante 3 a 7 días previo al procedimiento).
- Es un procedimiento sencillo y fácil de realizar, de bajo costo, bajas complicaciones y de tipo ambulatorio; o sea puede regresar a casa el mismo día.

#### Riesgos

El procedimiento de extracción es una técnica "a ciegas", al no poder visualizarse a causa del tapón el tímpano y el oído medio. Las complicaciones son poco frecuentes y se pueden presentar perforación timpánica, infección, náuseas, vómitos, dolor, mareos, vértigos, trastornos del equilibrio, sangrado, acufenos (ruidos en el oído) y otras descritas en la literatura médica.

Riesgos Propios del paciente: \_\_\_\_\_

#### Alternativas

El método más seguro y apropiado es el retiro del tapón con caretas y/o aspiración, procedimiento que solo puede ser realizado por médico especialista en Otorrinolaringología (Especialidad con muy baja oferta y alta demanda en nuestro medio) limitando la realización de este tipo de procedimientos)

#### Observaciones

Doy fe que estoy de acuerdo con el contenido, lo entiendo claramente y me responsabilizo por el mismo ante REDSALUD ARMENIA E.S.E., ya que esta determinación ha sido tomada libre y voluntariamente sin coacción ni aliciente.

Para constancia se firma esta solicitud.

Firma y Cedula del Paciente \_\_\_\_\_

Firma y Cedula del Acompañante \_\_\_\_\_

Firma y Cedula del Médico \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_

### DESISTIMIENTO PARA LAVADO DE OIDO

Yo \_\_\_\_\_ con documento de identidad n° \_\_\_\_\_

manifiesto en forma expresa que luego de ser informado(a) ampliamente sobre los beneficios, indicaciones y complicaciones del procedimiento del LAVADO DE OIDOS por parte del personal de REDSALUDARMENIA E.S.E, **DECIDO NO AUTORIZAR** el mencionado procedimiento.

Además declaro que se me explico que existen otros métodos alternativos a los cuales puedo acceder.

Para constancia:

Firma y Cedula del Paciente \_\_\_\_\_

Firma y Cedula del Acompañante \_\_\_\_\_

Firma y Cedula del Médico \_\_\_\_\_

Ciudad y Fecha \_\_\_\_\_