



Consentimiento Informado Para
Cirugía De Corrección De
Ginecomastia

Consentimiento Informado Para Cirugía De Corrección De Ginecomastia

Consentimiento Informado Para Cirugía De Corrección De Ginecomastia

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento quirúrgico de **CORRECCIÓN DE GINECOMASTÍA.**

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende extirpar la glándula mamaria. En ocasiones se puede resear el tejido graso circundante. El abordaje habitualmente es peri areolar pero puede variar dependiendo del tamaño de la glándula.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia y que es posible durante o después de la intervención sea necesario la utilización de sangre y/o de hemoderivados, de cuyos riesgos me informara el Servicio de Anestesia.

Este procedimiento puede ser realizado en forma tradicional o endoscopía si el cirujano encuentra que el caso lo amerita, y habiendo sido informado de los beneficios y riesgos de ambos abordajes he optado por la vía

El médico me ha explicado que si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, pudiendo llegar hasta un riesgo vital, como otros específicos del procedimiento. Estos pueden ser:

Poco graves y frecuentes: Infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor prolongado en la zona de la lesión, cicatriz hipertrófica, flebitis.

Poco frecuente y de mediana gravedad: Complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías. Pocos frecuentes y graves: shock anafiláctico y/o hemodinámico. Sepsis.

Específicos de la cirugía: infección, hematoma y/o seroma de herida operatoria. Cicatriz hipertrófica. Alteraciones de la areola y/o pezón. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha explicado que, en este caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.



También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy de acuerdo con la información recibida y que comprendo, el alcance y los riesgos del tratamiento

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:

CORRECCIÓN DE GINECOMASTÍA

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

Sr./Sra.

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).