



Consentimiento Informado
Corrección De Ginecomastia Infantil

Consentimiento Informado Para Corrección De Ginecomastia Infantil

Consentimiento Informado Para Corrección De Ginecomastia Infantil

La hipótesis diagnóstica del niño/niña es:

Nombre paciente:.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

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

FECHA.....HORA.....

SR. / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

DECLARO:

Que El/La: Doctor (a)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en la situación de mi hijo(a) a realizar el siguiente procedimiento quirúrgico: **CORRECCIÓN DE GINECOMASTIA**

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende extirpar la glándula mamaria. En ocasiones se puede resear tejido graso circundante. El abordaje habitualmente es periareolar 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 que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia. Se me ha advertido que en ocasiones otros procedimientos pueden ser necesarios de acuerdo a los hallazgos intraoperatorios.

Este procedimiento puede ser realizado en forma tradicional o endoscópica 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 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 frecuentes y de mediana gravedad:** complicaciones respiratorias como atelectasias y neumonías.
- **Poco frecuentes y graves:** shock anafiláctico y/o hemodinámica, 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, sueros, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

El médico me ha indicado la necesidad de advertir de las posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

La situación vital actual de mi hijo(a) (prematurez, malnutrición, enfermedades asociadas) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....

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 satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se le realice el tratamiento quirúrgico para: **CORRECCIÓN DE GINECOMASTIA**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

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

SR. /SRA.....

(Nombre y dos Apellidos).

Rut: de..... años de edad

Con Domicilio en:

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

En calidad de:.....

(Representante legal o Familiar responsable)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir
el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En(lugar y fecha)

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....