



Consentimiento Informado Para
Cirugía Lipoescultura

Consentimiento Informado Para Cirugía Lipoescultura

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA LIPOESCULTURA

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 para **LIPOESCULTURA**.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende injertar tejido graso del propio paciente en determinadas áreas del cuerpo (brazos, tronco, abdomen, glúteos, caderas, muslos, rodillas, pantorrillas y tobillos). El mejor candidato para una Lipoescultura es el paciente de peso relativamente normal que posee un déficit de la grasa en determinadas áreas del cuerpo. Una piel firme y elástica lleva a un mejor contorno final después de haber realizado la Lipoescultura. Las irregularidades del contorno corporal, pueden ser mejoradas con Lipoescultura, aunque por sí misma no mejora las áreas de piel irregular conocida como “celulitis”.

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.

Cualquier procedimiento quirúrgico presenta un cierto grado de riesgo y por ello que es muy importante que usted este informado, aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse en qué consisten los riesgos y consecuencias de la Lipoescultura:

- **Hinchazón o edema:** (edema, acumulación de líquidos) puede durar un par de semanas.
- **Hematomas y sangrado:** es muy frecuente la aparición de hematomas superficiales, que van desapareciendo a los pocos días. Es posible aunque muy raro que se presente una hemorragia durante o después de la cirugía, y por esto no se debe tomar aspirina o antiinflamatorios 10 días antes de la cirugía.
- **Infección:** si ocurriese, es necesario un tratamiento adicional incluyendo antibióticos o cirugía.
- **Cambios en la sensibilidad cutánea:** estos pueden ocurrir, pero habitualmente se resuelven.
- **Cicatrización:** aunque se espera una buena curación después del procedimiento, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en el tejido profundo.
- **Asimetría:** puede no conseguirse aspecto simétrico del cuerpo (tono de piel, tono muscular).
- **Complicaciones pulmonares:** el síndrome de embolismo graso ocurre cuando se atrapan gotas de sangre en los pulmones, esta es una complicación muy rara en este procedimiento, si llegase a ocurrir esta o cualquier otra complicación, puede ser necesario un tratamiento adicional incluyendo hospitalización.
- **Efectos a largo plazo:** pueden ocurrir alteraciones posteriores en el contorno corporal como resultado del envejecimiento pérdida o ganancia de peso.
- **Reacciones alérgicas:** en casos raros se han dado alergias del esparadrado (material de sutura o preparados tópicos).

También me han indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia. También me han explicado satisfactoriamente la naturaleza y propósito de esta intervención.

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

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

CONSENTO que se me realice el tratamiento quirúrgico para:
LIPOESCULTURA.

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).