



Consentimiento Informado para  
Cirugía de Mastectomía Total con  
o sin Ganglio Centinela y/o  
Vaciamiento Axilar  
Versión 3.0

## **Consentimiento Informado para Cirugía de Mastectomía Total con o sin Ganglio Centinela y/o Vaciamiento Axilar**

## Consentimiento Informado para Cirugía de Mastectomía Total con o sin Ganglio Centinela y/o Vaciamiento Axilar

---

Mi hipótesis diagnóstica es: .....

SR / SRA.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: ..... de.....años de edad

Con Domicilio en:.....

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

Fecha del consentimiento: .....

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 mi situación, al tratamiento quirúrgico denominado **MASTECTOMÍA TOTAL** para el tratamiento de la afección mamaria que me aqueja y que compromete a toda mi mama.

La MASTECTOMA TOTAL consiste en la extirpación de todo el tejido mamario, la que puede realizarse mediante una incisión en losanjo, que incluye la extirpación del complejo areola-pezones o a través de una incisión de ahorro de piel, por vía periareolar según cada caso.

Esta cirugía puede o no acompañarse de la DISECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA y/o DISECCIÓN o VACIAMIENTO AXILAR REGLADO, dependiendo del diagnóstico preoperatorio y de los hallazgos intraoperatorios.

Siempre requerirá de la instalación de un drenaje para la evacuación de los líquidos originados en la zona operatoria, el que se retirará en alguno de los controles ambulatorios postoperatorios, una vez que la cantidad de este líquido sea lo suficientemente menor como para evitar su acumulación y formación de seromas en la zona operatoria. Es probable que se requiera del uso de una faja o venda peritorácica en el postoperatorio, para un mejor manejo y más fácil movilización de la paciente.

El médico me ha advertido que el procedimiento requiere la administración de anestesia general y que es posible (excepcionalmente) que durante o después de la intervención sea necesaria la administración de sangre y/o hemoderivados, de cuyos riesgos me informarán los servicios de hematología y anestesiología.

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, como otros específicos como : sangrado en el postoperatorio inmediato o tardío que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial de las heridas; dolor prolongado en la zona de la operación o formación de seromas de tipo \_\_\_\_\_

Aun después de retirado el drenaje. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir de punciones repetidas en la consulta o incluso de una reintervención, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

Se me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.



Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones como:

.....  
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.

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

Por ello manifiesto que estoy complacido 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:**

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

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

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 Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable: .....

RUT:.....