



Consentimiento Informado Para
Abdominoplastía

Consentimiento Informado Para Abdominoplastía

Consentimiento Informado Para Abdominoplastía

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 **ABDOMINOPLASTÍA**.

INFORMACIÓN

Mediante este procedimiento se pretende eliminar el exceso de piel y tejido graso del abdomen medio y bajo y que tensa los músculos de la pared abdominal. La Abdominoplastia no es un tratamiento quirúrgico del sobrepeso. Los individuos que tienen intención de perder peso deben posponer cualquier clase de cirugía del contorno corporal hasta que sean capaces de mantener su pérdida de peso. Hay varias técnicas diferentes de Abdominoplastia. Puede combinarse con otras formas de cirugía del contorno corporal incluida la liposucción, o puede realizarse al mismo tiempo que otras cirugías electivas.

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.

La forma alternativa de tratamiento consiste en no tratar las áreas de piel flácida y cúmulos grasos. La liposucción puede ser una alternativa quirúrgica a la Abdominoplastia si existe un buen tono elástico de la piel y cúmulos grasos abdominales localizados en un individuo de pelo normal. La dieta y el ejercicio pueden ser beneficiosos para una reducción global del exceso de grasa corporal.

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.

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la Abdominoplastia, la decisión del individuo de someterse a una cirugía se basa en la comparación del riesgo frente al beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, Ud., debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse de que comprende todas las consecuencias posibles de la Abdominoplastia:

- **Hemorragia:** si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada o, transfusión de sangre. No debe tomar antiinflamatorios o aspirina desde 10 días antes de la cirugía, ya que pueden aumentar el riesgo de sangrado.
- **Infección:** si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- **Cambios en la sensibilidad cutánea:** la disminución o pérdida de la sensibilidad cutánea en la zona inferior del abdomen puede no recuperarse del todo después de una Abdominoplastia. Irregularidades del contorno de piel.
- **Cicatrización cutánea:** en casos raros pueden producirse cicatrizaciones anormales, estas pueden ser inestéticas o de color diferente a la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para la cicatrización.
- **Asimetría:** puede no conseguirse una apariencia de simetría corporal con la Abdominoplastia. Algunos factores como el tono elástico de la piel, depósitos grasos prominencias óseas, y tono muscular pueden contribuir a una asimetría normal de los rasgos corporales.
- **Retardo en la cicatrización:** la apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles. Algunas zonas del abdomen pueden no cicatrizar normalmente, y pueden tardar bastante tiempo en curar. Algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje, o cirugía posterior para eliminar los tejidos no curados. Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.
- **Seroma:** son infrecuentes los cúmulos de líquido entre la piel y la pared abdominal. Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje de fluidos.
- **Ombliigo:** puede ocurrir mal posición, cicatrización excesiva, apariencia inestética o pérdida del ombliigo.

Efectos a largo plazo: alteraciones subsiguientes en el contorno corporal pueden producirse como resultado de envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo u otras circunstancias con relacionadas con la Abdominoplastía.

- **Dolor:** es muy infrecuente el dolor crónico a causa de la compresión de nervios sensitivos por atropamiento dentro del tejido cicatricial, después de una Abdominoplastía. Pueden requerirse procedimientos adicionales para la solución de dicha complicación.
- **Otros:** usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía, puede ser necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados y facilitar la adaptación de la piel.

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:

ABDOMINOPLASTÍA

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).