



Consentimiento
Informado para
Cirugía de
Ginecomastia
Versión 3.0

Consentimiento Informado para Cirugía de Ginecomastia

Consentimiento Informado para Cirugía de Ginecomastia

Mi hipótesis diagnóstica es:

SR:.....

(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 de **GINECOMASTÍA**.

La **GINECOMASTIA** consiste en el crecimiento anormal de tejido mamario en la zona pectoral, agregado a la normal mamila en el hombre. Su aparición puede ocurrir en distintas épocas de la vida y algunas veces se asocia a otras condiciones mórbidas, uso de medicamentos o hábitos,

por lo que habitualmente es necesario realizar exámenes complementarios previos a la decisión de la cirugía.

Es necesario también diferenciar la **GINECOMASTIA VERDADERA** de la **SEUDOGINECOMASTIA**, puesto que la primera es considerada una condición patológica y su cirugía reparadora, a diferencia de la **SEUDOGINECOMASTIA**, que corresponde a acúmulo de tejido graso (y no mamario) en la zona pectoral y cuyo tratamiento quirúrgico es de resorte de la cirugía plástica cosmética.

El tratamiento quirúrgico de la **GINECOMASTIA** consiste en la extirpación del tejido mamario anormal, habitualmente por vía periareolar, pero en ocasiones es necesario extender esa incisión para el logro del mejor resultado. Es posible que deba dejarse un drenaje en la zona operatoria, que evacuará el líquido sero hemático que fluye de ésta y que será retirado de acuerdo a la cantidad diaria evacuada. Es posible también que se requiera el uso de una venda peritorácica para el mejor manejo de la zona operatoria, así como para obtener un mejor resultado y evitar la aparición de seromas.

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 que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial de las heridas; necrosis parcial o total de la zona areolar; dolor prolongado en la zona de la operación y aparición de seromas (acúmulo de líquido en la zona operatoria) aun después del uso de drenajes. El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir curaciones o punciones sucesivas, 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.

También 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: **GINECOMASTÍA**

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:.....