



Consentimiento  
Informado  
Reconstrucción de  
Complejo Areola y de  
Pezón

Versión 3.0

## **Consentimiento Informado Reconstrucción de Complejo Areola y de Pezón**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO RECONSTRUCCIÓN DE COMPLEJO AREOLA Y DE PEZÓN

---

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 en mi situación la realización de una intervención quirúrgica para la **RECONSTRUCCIÓN DE AREOLA Y PEZÓN.**

Mediante este procedimiento se pretende realizar un neopezón y una neoareola, como parte de la Reconstrucción Integral de la Mama.

Para dichos efectos se realizarán 2 procedimientos distintos para cada uno de los fines que se persiguen, a saber:

**Reconstrucción de Pezón:** mediante colgajos locales en la neomama, los que pueden ser de distinta naturaleza, dependiendo del caso, como por ejemplo: colgajo bitriangular o en Cruz de Malta.

**Reconstrucción de Areola:** mediante la toma de un Injerto de Piel Total de la zona del pliegue inguinal, buscando hiperpigmentación de la piel de la zona para remedar coloración de areola original. Previa preparación, se realiza injerto de la piel tomada en la zona receptora peri-neopezón, mediante suturas.

Es posible que los procedimientos antes mencionados deban realizarse por separado, según sea el caso específico.

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 infección superficial de las heridas; dolor prolongado en la zona de la operación, dehiscencia de suturas y necrosis y pérdida de injerto y de neopezón.

El médico me ha explicado que estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir 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 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 me realice el tratamiento quirúrgico para: **RECONSTRUCCIÓN DE AREOLA Y PEZÓN.**

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:.....