

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CIRUGÍA DE ABDOMINOPLASTÍA

FECHA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos del paciente Edad

Nombre y apellidos (Representante legal)

DIAGNÓSTICO

OBJETIVO

- Se me ha informado que, mediante este procedimiento se pretende eliminar el exceso de piel y tejido graso del abdomen.
- Tensar los músculos de la pared abdominal.
- La abdominoplastia no es un tratamiento quirúrgico del sobrepeso.
- Los individuos obesos que tienen intención de perder peso debe posponer cualquier clase de cirugía del contorno corporal hasta que sean capaces de mantener su pérdida de peso.

PROCEDIMIENTO Y CARACTERÍSTICAS

- Se me ha explicado que el procedimiento quirúrgico se realiza sobre la pared abdominal.
- Que pueden combinarse con otras formas de cirugía del contorno corporal, como la liposucción o la lipoescultura.
- La liposucción puede ser una alternativa quirúrgica a la abdominoplastia, si existe un buen tono elástico de la piel y hay acúmulos grasos abdominales localizados en una persona de peso normal.
- La dieta y el ejercicio pueden ser beneficiosos para una reducción global del exceso de grasa corporal.
- El procedimiento requiere de anestesia de cuyos riesgos y tipo de anestesia será informado por el anesestesiólogo, y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.
- Existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la abdominoplastia; por lo tanto, puede necesitarse cirugía secundaria para realizar una corrección adicional.
- La mayoría de las compañías de seguros de salud excluyen la cobertura de operaciones de cirugía estética, o de cualquier complicación que pudiera derivarse de la cirugía. Revise detenidamente las condiciones de su póliza de seguro de salud.

RIESGOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DEL PROCEDIMIENTO

- 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 del procedimiento, como: 1. Hemorragia. 2. Infección. 3. Cambios en la sensibilidad cutánea. 4. Cicatrices cutáneas. 5. Dolor. 6. Irregularidades del contorno de la piel. 7. Retraso en la cicatrización. 8. Asimetría. 9. Seroma. 10. Mal posición del ombligo, cicatrización excesiva, apariencia inestética o pérdida del ombligo. 11. Reacciones alérgicas. 12. Resultado Insatisfactorio. 13. Efectos a largo plazo en el contorno corporal, como resultado de envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo u otras circunstancias no relacionadas con la abdominoplastia.
- Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir una intervención, generalmente de urgencia y excepcionalmente de alto riesgo que puede producirse la muerte.

DECLARACIÓN Y FIRMAS

- DECLARO: Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por mi médico tratante del procedimiento que se me va a realizar, así como de sus riesgos y complicaciones.
- Que conozco y asumo los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por el acto quirúrgico propiamente dicho, por la localización de la lesión o por complicaciones de la intervención, pese a que los médicos pongan todos los medios a su alcance.
- Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas.
- También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora firmo con solo comunicarlo al equipo médico y firmar su revocación.

MÉDICO/PROFESIONAL

PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

Dr(a)	Sr(a)
RUT	RUT
Firma	Firma

NEGACIÓN (RECHAZO)

Aún cuando he recibido toda la información necesaria del procedimiento quirúrgico, tanto en lo que dice relación con los beneficios de éste, y también de los eventuales riesgos que éste procedimiento significan, como también se me ha informado de las consecuencias derivadas de la no realización de éste procedimiento quirúrgico, **NO LO ACEPTO**, y asumo las consecuencias derivadas de mi decisión.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha

REVOCACIÓN

- REVOCO el consentimiento dado para la realización de éste procedimiento por voluntad propia, y asumo las consecuencias derivadas de ello en la evolución de la enfermedad que padezco / (que padece el paciente)
- REVOCO la negación del consentimiento libremente y acepto sus condiciones.

Nombre del paciente o representante legal

RUT

Firma

Fecha