

DR DIEGO POLANCO
CIRUGÍA PLÁSTICA – ESTÉTICA -REPARADORA

Col. N° 25783-4

(pegatina) o:	
Nombre y apellidos.....	
.....	
.....	
Edad.....	NHC.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN DE EXTIRPACIÓN DE LESIONES CUTÁNEAS

NEGATIVA DE INFORMACIÓN (rellenar sólo si el paciente no desea ser informado)	
* No deseo ser informado sobre mi enfermedad y el procedimiento, pero SÍ acepto la realización de dicho procedimiento o intervención. <input type="checkbox"/>	
* No deseo ser informado, pero deseo que la información de mi enfermedad y la intervención le sea proporcionada a:	Firma paciente
.....	CI n°:

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La extirpación quirúrgica de tumoraciones de la piel es un procedimiento muy habitual. La técnica quirúrgica cambia según el tipo de lesión, su tamaño y localización, pudiendo variar entre la escisión simple de la lesión con cierre directo a extirpaciones más amplias con reconstrucciones más complejas en las que sea necesario utilizar piel y otros tejidos próximos o distantes a la lesión (injertos o colgajos). Así mismo también puede variar el tipo de anestesia: local / local con sedación / general. El cirujano plástico le explicará el procedimiento que se va a seguir en su caso particular así como el tipo de anestesia más que puede ser utilizado.

Previo a la intervención quirúrgica le será realizado un estudio preoperatorio de acuerdo con el protocolo propuesto por el servicio de anestesia de este centro.

Las lesiones extirpadas se analizan siempre para confirmar el diagnóstico y comprobar que se eliminaron por completo. Los resultados se le comunicarán posteriormente.

CONSECUENCIAS:

Molestias derivadas del uso de la anestesia local necesaria para la intervención y presencia de cicatrices.

RIESGOS:

- Lipotimias y reacciones alérgicas. En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Pueden ocurrir reacciones sistémicas, que son más graves, por medicaciones usadas durante la cirugía o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- Sangrado, hematoma (acúmulo de sangre). Puede requerir drenaje y/o revisión de la herida y/o transfusiones.
- Seromas (acúmulo de suero). Puede requerir drenaje del fluido.
- Infección de la herida. Puede requerir tratamiento antibiótico y/o drenajes y/o curas frecuentes.
- Pérdidas de la piel utilizada para realizar el cierre de la herida que queda tras la extirpación de la lesión. Puede requerir curas frecuentes hasta la curación y/o una nueva intervención.
- Lesión de estructuras profundas tales como nervios, vasos sanguíneos y músculos. La posibilidad de que esto ocurra varía según el tipo de lesión cutánea, su localización y la resección que sea necesaria para su total extirpación.

- Dehiscencia. Puede ocurrir que las heridas se abran o que las cicatrices se ensanchen.
- Anomalías en la cicatrización con presencia de cicatrices inestéticas, atróficas, hipertróficas, queloides o de color diferente al de la piel circundante.
- Alteración de la sensibilidad normal de la zona tratada que puede no recuperarse completamente.
- Deformidad o asimetrías en la zona tratada.
- Recurrencia de la lesión o extirpación insuficiente de la misma. Puede requerir una reintervención.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:

OBSERVACIONES:

Declaraciones y firmas:

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME ESTE CONSENTIMIENTO.

1. Por la presente autorizo a la Dr POLANCO y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: _____

2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al Dr. POLANCO y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.

3. Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier tipo de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte, sin perjuicio de la información más detallada que pueda facilitar el propio equipo de anestesiistas, y a quien otorgaré el correspondiente consentimiento escrito.

4. Me ha sido explicado de forma comprensible y en detalle:

- a. El tratamiento citado anteriormente o procedimiento a realizar.
- b. Los procedimientos alternativos o métodos de tratamiento.
- c. Los riesgos del procedimiento o tratamiento propuesto.

5.-Soy consciente de que la práctica de la Cirugía, incluida la Cirugía Plástica, Reparadora y Estética, no es una ciencia exacta y que por tanto, aunque cabe esperar que los resultados sean satisfactorios no me han sido dadas garantías respecto a los resultados ni a las posibles complicaciones.

6.-Doy consentimiento a dicha intervención y, en el caso de existir alguna modificación de la técnica quirúrgica a emplear, así como alguna modificación en la indicación primaria surgida durante el transcurso de dicha intervención, autorizo al equipo Médico para que pueda variar lo

anteriormente expuesto, debiendo dichos Médicos informar a los familiares, y/o a D., de las referidas modificaciones durante la intervención quirúrgica o después de ésta, si la urgencia así lo requiriese.

7.-El coste de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, el coste de material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y posibles cargos del hospital, Puede haber costes adicionales si se dan complicaciones derivadas o no de la cirugía. En caso de cirugía secundaria, los cargos relacionados con la clínica y anestesia corren por cuenta del paciente.

8.-Asimismo, designo como representante mío a D. y a D. para que de forma indistinta, para que, llegado el caso, sirva como interlocutor del abajo firmante, tanto con el equipo médico como el sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas contenidas en el presente documento.
9.-Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito.

9. Asimismo, y con finalidad docente y para promover el avance del conocimiento médico, autorizo la fotografía, grabación u otro tipo de observación del procedimiento, siempre con respeto a mi intimidad, de manera que mi identidad permanezca anónima, siendo propietario el DR POLANCO de las fotografías, cintas de vídeo y soportes digitales.

ASÍ PUES, DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA, ESTANDO SATISFECHO/A CON LA INFORMACIÓN QUE SE ME HA FACILITADO.

En a de de 20....

**Firma del Paciente
(o representante legal)**

Firma del Cirujano Plástico

Fdo.: D./D^a.
(nombre y apellidos)

Fdo.: Dr./Dra.
(nombre y apellidos)

C.I.: