

DR DIEGO POLANCO
CIRUGÍA PLÁSTICA – ESTÉTICA -REPARADORA

Col. N° 25783-4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIFTING CRURAL

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"/>	<i>Firma paciente</i>
* No deseo ser informado, pero deseo que la información de mi enfermedad y la intervención le sea proporcionada a:	
	RUT n°:

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO

RUT:

Es importante que lea este documento en su totalidad, firmando como muestra de ello cada una de las hojas de que está compuesto.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO:

La dermolipsectomia crural es un procedimiento quirúrgico destinado a eliminar el exceso de piel y tejido graso subcutáneo de la cara interna y superior de los muslos. No es un tratamiento quirúrgico del sobrepeso. Los individuos obesos que tienen intención de perder peso deben posponer cualquier clase de cirugía del contorno corporal hasta conseguir mantener su pérdida de peso durante un tiempo mínimo de un año.

Este procedimiento quirúrgico se realiza bajo anestesia general o epidural. La incisión se localiza a nivel de ambos pliegues inguinales y se extiende anteriormente siguiendo los márgenes del vello púbico y posteriormente siguiendo el surco infraglúteo, en una extensión que dependerá de cada caso. En ocasiones es necesaria la realización de cicatrices accesorias, con el fin de remodelar el contorno corporal de la forma más adecuada posible. En esta operación es frecuente el uso de drenajes aspirativos y es necesario el uso de una prenda de presoterapia (faja) durante un tiempo que puede oscilar entre uno y tres meses.

CONSECUENCIAS:

Las derivadas de la presencia de una cicatriz amplia en ambos pliegues inguinales que se extenderá anterior y posteriormente en una medida que dependerá de cada caso concreto.

RIESGOS:

Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina ni medicamentos antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía, puesto que ello podría aumentar el riesgo de sangrado.

Infección: La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.

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 la abdominoplastia.

Irregularidades del contorno de la piel: Pueden producirse irregularidades y depresiones en la piel después de una abdominoplastia. También puede ocurrir fruncimiento visible y palpable de la piel.

Cicatrización cutánea:

* Sufrimientos y pérdidas parciales de piel. Esta complicación puede requerir para su tratamiento la realización de técnicas complementarias de cierre cutáneo

* Dehiscencia: Puede ocurrir que las heridas se abran o las cicatrices se ensanchen, particularmente si existe mucha tensión en los cierres. Pueden ser necesarios tratamientos adicionales.

* Anomalías en la cicatrización con presencia de cicatrices inestéticas, atróficas, hipertróficas, queloides o de color diferente al de la piel circundante.

Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida cutánea y de complicaciones en la cicatrización.

Anestesia: Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones, e incluso muerte, por cualquiera de las formas de anestesia o sedación. Información más detallada le será facilitada por el propio equipo de anestesiólogos, que así mismo, recabarán el correspondiente consentimiento escrito.

Asimetría: Pueden existir diferencias entre ambos muslos. 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.

Reacciones alérgicas: En casos raros se han observado alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden producirse por medicaciones usadas durante la cirugía o por medicinas de prescripción. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Complicaciones pulmonares: Pueden ocurrir complicaciones pulmonares secundarias a coágulos de sangre (embolia pulmonar) o colapso parcial de los pulmones tras una anestesia general. Si ocurriera alguna de estas complicaciones, usted puede requerir hospitalización y tratamiento adicional. La embolia pulmonar puede tener riesgo de muerte o ser fatal en algunas circunstancias.

Seroma: Pueden requerirse punción para drenaje del fluido.

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 no relacionadas con la abdominoplastia.

Dolor: Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de atrapamiento de nervios en tejido cicatricial después de un lifting crural.

RIESGOS PERSONALIZADOS:

TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS:

No intervenir

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 anestesistas, 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.

10. 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.: