



# CONSENTIMIENTO INFORMADO REDUCCION MAMARIA

Yo, ....., DNI ..... autorizo al Dr. .... y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados, a efectuar en mi persona los siguientes procedimientos: .....

**Riesgos quirúrgicos:**

- La cirugía de reducción mamaria, deja como cicatriz final una “ T” invertida, además de una cicatriz alrededor de la areola (periareolar). La calidad de las cicatrices dependerá de las características de cada paciente .....
- El tiempo de evolución normal y promedio de una cicatriz en esta región, es de aproximadamente 12 meses y estoy informado de que una “cicatriz no deseada” puede ser reoperada para mejorarla a partir de los 12 meses.
- La forma y tamaño final de las mamas recién puede apreciarse a partir de los 6 a 12 meses de la operación.
- La operación reduce la capacidad de producción de leche, pudiendo disminuirla en su totalidad.
- La sensibilidad de la areola y del pezón, puede verse alterada por un lapso de tiempo variable, pudiendo restituirse espontáneamente alrededor de los 12 meses.....
- Comprendo que la total simetría de las mamas es un hecho difícil de conseguir ya que depende de diversos factores (cicatrización de los tejidos, etc).

Las complicaciones que pueden derivarse de intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica u otros procedimientos invasivos de la especialidad, son similares a las de cualquier tipo de intervención de esa naturaleza, y pueden ocurrir aunque se tomen todos los recaudos necesarios para evitarlas.

Pueden consistir en inflamación, decoloración de la piel, hematomas, tejido cicatrizal anormal, infección, trastornos de la conducción nerviosa periférica, necrosis, así como:

....., etc.

Numerosa bibliografía informa que el hábito de fumar tiene potenciales efectos adversos en los resultados de operaciones de cirugía cosmética, pudiendo producir alteraciones de la normal cicatrización y de la vitalidad de los tejidos movilizados. Por lo expuesto, se me ha recomendado, para el caso de ser fumador/a, el no hacerlo durante un período previo y posterior a la fecha de operación.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....

.....

Declaro que la intervención a la que me someteré voluntariamente me ha sido totalmente explicada por los médicos, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudieran sobrevenir con motivo de la operación.

Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

- Me han sido detalladamente explicados los riesgos posibles de la cirugía plástica a la que me someteré.
- Reconozco que durante el curso de la operación, condiciones imprevistas pueden requerir intervenciones extra o no previstas por lo que autorizo y requiero que los cirujanos antes nombrados las realicen basados en su juicio profesional, incluyendo procedimientos de anatomía patología (biopsias), radiografías, transfusiones de sangre, etc. Esta autorización se extiende para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.
- Autorizo a los cirujanos o a quienes ellos designen a realizar las curaciones y controles médicos necesarios durante el periodo postoperatorio.
- Doy consentimiento para que se me administre la anestesia que se considere necesaria o aconsejable por parte de los cirujanos o los médicos anestesistas por ellos seleccionados. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces la muerte.



SANATORIO  
OTAMENDI

- Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que aunque los cirujanos me han informado adecuadamente de los resultados deseados de la operación, NO SE ME HA GARANTIZADO LA OBTENCION DE LOS MISMOS.
- Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después de la cirugía, siendo ese material propiedad de los cirujanos, pudiendo ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas con propósitos médicos y educacionales.
- Me comprometo a cooperar en el cuidado y evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones por ellos dadas hasta que posea el alta médica definitiva. Informaré fehacientemente a los médicos sobre cualquier novedad, cambio o traumatismo sobre la zona operada que pudiera interferir en la evolución normal del postoperatorio de acuerdo a las explicaciones que los mismos me brindaron sobre el particular.
- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico –quirúrgicos referentes a mi estado de salud previo ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieran haber sido realizados anteriormente por otros profesionales y no padecer enfermedades infectocontagiosas fuera de las declaradas.
- Doy consentimiento al desecho de tejidos, dispositivos médicos o partes del cuerpo que sean extraídas.
- En definitiva, se me ha explicado: a) todo sobre la cirugía plástica que me realizará, b) los procedimientos alternativos incluida la posibilidad de no operar. c) los riesgos inherentes a la cirugía que decidí realizarme.
- Manifiesto ser alérgica a .....

Se me ha preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecho/a con la explicación y no necesito más información.

He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido en su totalidad, autorizando a los cirujanos a realizarme la cirugía plástica proyectada en las consultas previas.

Buenos Aires, ..... de ..... de ....., a las ..... horas.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Aclaración

\_\_\_\_\_

Firma del médico

\_\_\_\_\_

Aclaración

En caso que el paciente no pudiera firmar aclarar causa: .....

\_\_\_\_\_

Firma del acompañante

\_\_\_\_\_

Aclaración

#### REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, ..... revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente o Representante /Aclaración/ Nro. Documento

Firma y sello del Médico