

* SOLO EJEMPLO de Consentimiento Informado.

***IMPORTANTE:** el presente artículo no pretende ser modelo para uso en ninguna actividad ni por ninguna institución o profesional, sino que ha sido diseñado exclusivamente para que los lectores puedan visualizar un ejemplo parecido a este tipo de documento legal. Los Consentimientos Informados originales deben ser personalizados y deben estar escritos de acuerdo a las leyes de cada país o estado. Centro Médico RP no se hace responsable del uso indebido de este material.



CENTRO MEDICO RODRIGUEZ PALACIOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO GLUTEOPLASTÍA

..... de 200....

APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO:

TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1. Por medio de la presente autorizo al Dr. y/o a los profesionales que él designe, a efectuar los siguientes procedimientos médicos o quirúrgicos en mi persona:.....
.....
.....
2. He sido ampliamente informado acerca de la naturaleza y objetivos de la intervención/procedimiento que se llevará a cabo en mi persona, sus riesgos, beneficios y las alternativas u opciones posibles para lograr la finalidad buscada. Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades respecto de los resultados que se esperan de la operación o procedimiento.
3. Se me ha explicado especialmente que:
 - En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, a pesar de tomarse todos los recaudos necesarios para que ésta se note lo menos posible.
 - 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.
 - Tras el implante de glúteos no se podrán aplicar inyecciones en la región glútea (inyecciones glúteas) de por vida.
 - 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.
 - Sumados a los riesgos quirúrgicos generales, el implante de glúteos involucra ciertos riesgos que incluyen:

-Tasa mas alta de complicaciones: La cirugía de implantes glúteos tiene una tasa mas alta de complicaciones que los implantes mamarios por 2 razones fundamentales: la proximidad de la herida con el ano (lo que hace mas alta la posibilidad de infecciones con gérmenes provenientes de la materia fecal) y la zona donde se colocan las prótesis (debajo del músculo glúteo mayor) que hace que las mismas estén sometidas a mucho movimiento y fuerza muscular (para los movimientos de caminar, correr, pararse, sentarse, etc.). Las complicaciones pueden ser: infección de la prótesis, infección de la herida, seroma, hematoma, contractura capsular, apertura de las heridas, asimetrías por desplazamiento de las prótesis, lesión del nervio ciático, cicatrización anormal (hipertrófica / queloide), etc.

-Contracción de la cápsula: el tejido cicatrizal que se forma habitualmente alrededor del implante, puede apretarlo y comprimirlo. Esto causa endurecimiento, dolor, y en casos severos puede observarse alguna deformación externa.

-Arrugas y pliegues: la superficie del implante puede arrugarse y manifestarse cutáneamente. Los pliegues y arrugas grandes pueden irritar o dañar el tejido próximo. Este tipo de fallas pueden dar como resultado la disminución del volumen del implante o hacer recomendable el retiro del mismo.

-Remociones: los implantes pueden presentar algún problema que haga necesaria su remoción. La comprobación clínica o radiológica de una ruptura protésica, aconseja la remoción de la prótesis.

-Advertencia: se advierte que la formación de una cápsula alrededor de la prótesis glútea es de características normales, y es debido a la resección de autodefensa del organismo; la misma es asintomática e indolora.

- Existen estudios científicos relativamente recientes, que asocian las inclusiones de siliconas y otras sustancias heterólogas en el organismo humano, con ciertas enfermedades inmunológicas o reumáticas (esclerodermia, artritis reumatoidea, lupus, etc). Criterio contrario es sostenido en otros trabajos científicos actualizados, de amplia difusión internacional. El Dr..... me ha informado sobre el tema, he tenido la oportunidad de formular preguntas sobre este particular y las mismas me fueron respondidas claramente. En tal sentido manifiesto que además de los exámenes preoperatorios que me fueron requeridos, desconozco padecer o registrar antecedentes familiares de dichas enfermedades.

4. Entiendo que durante el curso de la operación/procedimiento, y excepcionalmente, condiciones imprevistas pueden desencadenar cuadros severos con peligro de muerte que requieren intervenciones extras o diferentes de las acordadas anteriormente, por lo tanto autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado, o quién el designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos como estudios anátomo-patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.
5. Asimismo, consiento la administración de las drogas anestésicas que se consideren necesarias, en el conocimiento que las mismas no están exentas de presentar ciertos riesgos que me han sido claramente explicados. En mi caso, la anestesia será administrada por el cirujano o por un especialista provistopor el Dr....., y será el Dr.
6. Autorizo que las curaciones post operatorias sean practicadas por el Dr. O por aquéllos que éste designe. Además me comprometo a cooperar con la administración de los cuidados necesarios hasta lograr el alta médica definitiva, y a informar al cirujano sobre cualquier cambio de domicilio en el período mencionado. Entiendo que deberé asumir las consecuencias del abandono del tratamiento por mi parte.
7. Doy mi expreso consentimiento a ser fotografiado y/o filmado, antes, durante y después del tratamiento; y para que el material obtenido sea exhibido con fines científicos, académicos, etc.; a condición de que mi identidad no sea revelada.
8. Declaro bajo juramento que no he omitido ni alterado los datos brindados al profesional al detallar mis antecedentes clínicos y quirúrgicos. Manifiesto no ser alérgico a
9. Observaciones:
10. Confirmando que he leído y comprendido perfectamente los términos de este consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que éstas han sido satisfactoriamente contestadas y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. He tachado todos los párrafos anteriores que no me conciernen. Asumo la responsabilidad total de mi elección de someterme a la intervención quirúrgica propuesta.

Firma del paciente

Firma del testigo

Aclaración de Firma

Aclaración de firma

Nota: si el paciente es menor de 21 años, debe firmar padre, madre o tutor. Si es incapaz por causa distinta a la falta de edad, debe firmar su curador.

Firma del paciente

Parentesco

Aclaración de firma

Nro. De Documento