


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Abdominoplastia	FL-CDM-126
		Rev. 03

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO

La abdominoplastia es un procedimiento quirúrgico que elimina el exceso de piel y tejido graso del abdomen medio y bajo, y que tensa los músculos de la pared abdominal.

EN QUE CONSISTE LA ABDOMINOPLASTIA

La abdominoplastia puede ser realizada como un procedimiento primario para mejorar el contorno corporal, o en combinación con otras técnicas quirúrgicas del contorno corporal incluida la liposucción.

La abdominoplastia 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 que sean capaces de obtener su pérdida de peso. Hay varias técnicas diferentes de la abdominoplastia.

También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS DE LA ABDOMINOPLASTIA

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 los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- Poco frecuentes y poco graves: infección o sangrado de la herida quirúrgica, dolor en la zona de operación, serosa.
- Poco frecuentes y graves: cambios en la sensibilidad cutánea, irregularidades en el contorno de la piel, alteraciones y retrasos en la cicatrización. Recuerde que los fumadores tienen mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización. Asimetría corporal, reacciones alérgicas, mal posición, cicatrización excesiva, apariencia inestética o pérdida del ombligo.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.


RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

La abdominoplastia es un procedimiento quirúrgico electivo. La alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención. La liposucción puede ser una alternativa quirúrgica a la abdominoplastia si existe buen tono elástico de la piel y cúmulos grasos abdominales localizados en un individuo de peso normal. La dieta y el ejercicio pueden ser beneficiosos para una reducción del exceso de grasa corporal.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Abdominoplastia	FL-CDM-126
		Rev. 03

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO:

Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **ABDOMINOPLASTIA**

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **ABDOMINOPLASTIA**

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
 (Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO, y no el proseguir, ante ninguna circunstancia, con la **ABDOMINOPLASTIA**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza, que mi autonomía, soberana decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____

REVOCACION

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
 (Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____
 (Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente y/o Representante Legal _____

Nombre y Firma Médico _____