


# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Mamoplastia de Reducción	FL-CDM-40
		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

Las mujeres que poseen grandes mamas pueden experimentar una serie de problemas derivados del peso y tamaño de las mamas, como dolor de espalda, cuello y hombros e irritación cutánea. La mamoplastia de reducción es un procedimiento quirúrgico electivo destinado a reducir el tamaño de las mamas destinado a mejorar los síntomas descritos anteriormente.

## EN QUE CONSISTE LA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN

La mamoplastia de reducción consiste en reducir el tamaño de las mamas. Existen varias técnicas quirúrgicas diferentes utilizadas para reducir y dar forma a las mamas. Las mejores candidatas son las mujeres suficientemente maduras para comprender el procedimiento y tener expectativas realistas. Las incisiones se realizan de forma que las cicatrices resulten lo más invisibles que sea posible. La forma y el tamaño de las mamas previas a la cirugía pueden influir tanto en el tratamiento recomendado como en el resultado final.

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

## RIESGOS DE LA MAMOPLASTIA DE REDUCCIÓN

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, hematoma, dolor en la zona de operación, excesiva firmeza.
- Poco frecuentes y graves: cambios en la sensibilidad del pezón y 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 mamaria, reacciones alérgicas.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

La enfermedad mamaria o el cáncer de mama pueden aparecer independientemente de la cirugía de reducción mamaria.

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 la 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 mamoplastia de reducción es un procedimiento quirúrgico electivo. La alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención, terapia física para tratar el dolor, o el uso de prendas interiores para sostener mamas grandes. En pacientes seleccionados se ha utilizado liposucción para reducir el tamaño de las mamas.

# FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO Mamoplastía de Reducción	FL-CDM-40
		Rev. 03

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.

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 **MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN**.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN**.

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 acepto el proseguir, ante ninguna circunstancia, con la **MAMOPLASTÍA DE REDUCCIÓN**, asumiendo toda Responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza, que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma Paciente y/o Representante Legal \_\_\_\_\_

Nombre y Firma Médico \_\_\_\_\_

## REVOCAION

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 \_\_\_\_\_