



CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

Fecha _____

Paciente _____

Edad _____ DNI _____ Historia Clínica N° _____

Dirección _____

Telefono _____

1. Por la presente autorizo al Dr.

y a su equipo quirúrgico a realizar la operación conocida como _____

en _____

2. La intervención mencionada me ha sido totalmente explicada por el cirujano, entendiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención.

Los siguientes puntos me han sido especialmente aclarados:

- a) En el lugar de la incisión siempre quedara una cicatriz, tomando los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
- b) Todos los pacientes fumadores tienen un riesgo incrementado de sufrimiento de la piel de la región operada.
- c) Las complicaciones que pueden originarse por intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, trastornos de la sensibilidad nerviosa, tejido cicatrizal anormal, infección, necrosis, etc

3. Reconozco que durante curso de la operación, condiciones imprevistas pueden necesitar intervenciones extras o diferentes de las acordadas anteriormente, por lo tanto autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado, o quien designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos como estudios anatomo - 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.

4. Doy mi consentimiento a la administración de anestesia, aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de un especialista en anestesia con la excepción de _____

5. Soy consciente de que la practica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco de que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, acepto que escapa de las posibilidades del cirujano garantizar dichos resultados.

6. Doy mi consentimientos a ser fotografiado o filmado antes, durante y después del tratamiento siendo este material propiedad del cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o con propósitos médicos educacionales.

7. Autorizo a que el cirujano o quien el designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el periodo postoperatorio.

8. Acepto cooperar con los cuidados postoperatorios indicados por el cirujano y su equipo, hasta poseer el alta medica definitiva.

9. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico quirúrgicos ni ser alérgico excepto a _____

10. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente autorizando al cirujano nombrado a realizarme la cirugía mencionada. En la prueba de conformidad con todo lo expuesto, suscribo el presente en presencia de _____

El paciente debe transcribir a puño y letra la siguiente frase

“Dejo constancia que comprendí el contenido de este consentimiento”

FIRMA _____ FIRMA _____

PACIENTE _____ CIRUJANO _____

FIRMA _____

TESTIGO _____

SI EL PACIENTE ES MENOR COMPLETAR

El paciente es un menor de _____ años de edad y nosotros los firmantes somos: los padres, tutores o encargados del paciente y por la presente lo autorizamos.