

---

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

## IMPLANTES MAMARIOS

---

APELLIDO Y NOMBRES:

DNI:

1° Por medio de la presente autorizo al Dr.  
y/o a los profesionales que el designe, a efectuar la cirugía de implantes mamarios en  
mi persona .

2° Se me ha explicado especialmente que

- a) En el lugar de la incisión siempre quedara una cicatriz, a pesar de tomar todos los recaudos necesarios en lo que respecta su ubicación y sutura para que esta se note lo menos posible.
- b) El habito de fumar tiene potenciales efectos adversos en los resultados pudiendo producir alteraciones de la normal cicatrización y de la vitalidad de los tejidos movilizados. Por lo expuesto se me ha recomendado, no hacerlo durante un periodo previo y posterior a la fecha de la operación, que será consensuado con el cirujano y me comprometo a respetar.
- c) Sumados a los riesgos quirúrgicos generales, el implante mamario involucra ciertos riesgos que incluyen:

Contracción de la cápsula: el tejido cicatrizal que se forma habitualmente alrededor del implante, y que constituye una respuesta normal del mismo, puede, en algunos casos, apretarlo y comprimirlo. Esto causa endurecimiento, dolor, y en casos severos puede observarse una deformación externa.

Interferencia con la mamografía estándar: se aconseja en todo procedimiento exploratorio de este tipo informar al radiólogo (la existencia de implantes para aplicar, en caso de ser necesario, técnicas especiales).

Arrugas y pliegues: la superficie del implante puede arrugarse y manifestarse cutáneamente. Los pliegues y arrugas grandes pueden irritar o dañar el tejido próximo. Esta circunstancia puede 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 mamaria es de características normales y es debido a la reacción de autodefensa del organismo, la misma es asintomática e indolora.

En casos infrecuentes de alteraciones inflamatorias de la cápsula con o sin presencia de importante líquido, podrán requerir estudios específicos.

e) Existen estudios que asocian las inclusiones de siliconas y otras sustancias heterodoxas en el organismo con ciertas enfermedades inmunológicas, reumáticas o linfoproliferativas. El Dr me ha informado sobre el tema, he tenido la oportunidad de formular preguntas y las mismas me fueron respondidas claramente. Manifiesto que además de los estudios pre-operatorios, desconozco padecer dichas enfermedades.

3° Consiento la administración de anestesia, aplicada por el Dr, mediante un consenso entre el cirujano y el anesthesiólogo, optando por el tipo que mejor se adapte a mis necesidades.

4° Autorizo que las curaciones post-operatorias sean practicadas por el Dr o por aquellos que este designe. Además me comprometo a cooperar con la administración de los cuidados necesarios hasta lograr el alta medica definitiva.

5° Observaciones:

6° He leído y comprendo perfectamente los términos de este consentimiento, y he tendido la oportunidad de hacer preguntas que fueron satisfactoriamente respondidas.

FIRMA

ACLARACION

Si el paciente es menor de 18 años, debe firmar el padre, madre o tutor responsable.

FIRMA

PARENTESCO

ACLARACION

DNI