Santiago de Chile, a_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OTOPLASTIA

Yo, _____, cédula de identidad N° _____, de años, por lo tanto _____ de edad, con domicilio en la comuna de _____, vengo en suscribir libre y espontáneamente el siguiente documento, que he tenido oportunidad de revisar calmadamente con antelación al día de la cirugía, aclarar los términos empleados y resolver las dudas de la cirugía denominada Otoplastía, con o sin lobuloplastía.

1º He sido informado en qué consiste esta cirugía, concretamente sé que es un procedimiento quirúrgico para corregir la proyección externa de las orejas que se realiza mediante incisiones en la cara posterior de las mismas. Posteriormente los cartílagos se pliegan cuidadosamente mediante puntos permanentes y se corrigen las estructuras no deseadas. A continuación se reseca el exceso de piel y/o tejido del lóbulo de tal manera que tomen la forma adecuada para la oreja. Entiendo que ambas orejas presentan un grado de variabilidad, no son idénticas.

2° Igualmente, he sido informado acerca de las alternativas del uso de anestesia y de los riesgos asociados, optando por:

Anestesia General **Sedación Endovenosa** **Anestesia Local**

3° A pesar de que se esperan buenos resultados, no hay garantía expresa o implícita sobre los resultados que se pueden obtener. Usted puede decepcionarse con los resultados de la cirugía. Además, se me ha proporcionado una completa información acerca de los efectos indeseables y/o excepcionales que pueden ocurrir durante o después de la realización de este procedimiento, como son hematomas, asimetría, discromía o alteraciones de la coloración de la piel, dolor en orejas o detrás de ellas, pérdida o alteración de la sensibilidad de la oreja transitoria o permanente, perforación o fractura del cartílago, mala posición estructural, linfedema o inflamación prolongada, enfermedad tromboembólica, retracción cicatricial, cartilagitis u otras condiciones autoinmunes, infección, seromas, riesgos derivados del uso de la anestesia o transfusión, deformidades visibles o táctiles inaceptables (orejas puntiagudas), ubicación de la cicatriz quirúrgica no satisfactoria, cicatrización inestética o patológica, pioderma gangrenoso, necrosis de piel, extrusión de suturas, dolor crónico, recidiva de la deformidad original sobre todo en adultos, granulomas, nódulos o calcificaciones, fibrosis, dehiscencia de herida, reacciones alérgicas impredecibles, entre otros.
Acepto que las asimetrías previas pueden no ser posible de corregir.
Las pacientes fumadores tienen un mayor riesgo de complicaciones, por lo que el cirujano plástico me requerirá su suspensión tanto pre como postoperatorio por un lapso considerable de tiempo.

4° Declaro que sufro las siguientes alergias: _____, e informo que actualmente padezco las siguientes enfermedades:_____.

5° Adicionalmente, se me ha explicado que no es posible mediante este procedimiento obtener un resultado determinado, ya que el resultado final puede tener múltiples alteraciones dependiendo de la reacción de mi organismo o bien por la aparición de las complicaciones previamente descritas. La función sexual está determinada por incontables factores externos y no se puede reducir exclusivamente a sus aspectos anatómicos pre ni postoperatorios. Puede ser necesario realizar una cirugía adicional o retoques para intentar mejorar los resultados, la que será efectuada sin costo en cuanto a honorarios profesionales dentro de seis meses en el caso de cirugía primaria, asumiendo el paciente el costo de la hospitalización, derecho de pabellón, insumos.
En casos de cirugía secundaria, es decir, quien ya tuviera una cirugía previa en la zona, por ser una naturaleza completamente distinta que determina mayor impredecibilidad en el resultado final el costo de reoperaciones será completamente asumido por el paciente.
No es posible realizar una devolución del dinero pagado por una cirugía ya efectuada.

En mi caso, corresponde a una cirugía:

Primaria **Secundaria**

-

6º Por este mismo acto, autorizo expresamente al equipo médico, a efectuar todos aquellos tratamientos o medidas adicionales que sean necesarias en el evento de sufrir una complicación al

momento de efectuarme el procedimiento quirúrgico, y todas aquellas medidas necesarias para salvaguardar mi salud y vida, que tengan relación con el procedimiento antes descrito.

7° En este acto también declaro, haber sido informado que estoy facultado para retirar en cualquier momento mi autorización y consentimiento a los tratamientos médicos descritos, para lo cual, el personal médico se compromete a dar todas las facilidades y documentación necesaria, la cual será anexada a este documento, y que dicha decisión es de mi única y exclusiva responsabilidad.

8° Acepto que las imágenes de mi cirugía sean utilizadas con fines científicos, docentes y/o de difusión, siempre y cuando no se revele mi identidad:

SI **NO**

9° Asimismo declaro que me fue explicado que ninguna simulación informática o gráfica ni tampoco fotos de casos similares que me hayan mostrado en la consulta es garantía de un resultado específico, pues en cada cirugía interfieren factores propios del paciente que no son tomados en cuenta por ningún programa como la cicatrización externa o interna, así como variaciones de la anatomía pesquisadas en el intraoperatorio o eventos ocurridos en el postoperatorio. Aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía expresa o implícita sobre los resultados que se pueden obtener.

10° Solicito al Dr. Cristóbal Longton poder tener comunicación por medios digitales, tales como E-mail, whatsapp u otros:

SÍ **NO**

11º Finalmente, declaro haber sido informado de todo lo anteriormente descrito, en términos claros y sencillos, personalmente por el médico tratante tanto a mi persona como a don(a)_____, cédula de identidad Nº _____, a quien además autorizo por este acto para recibir de parte del equipo médico toda la información necesaria y complementaria, antes, durante y posterior a ser sometida al tratamiento médico antes descrito, como así mismo, para dar cualquier directriz necesaria que le sea requerida por el equipo médico en caso necesario.

12º Teniendo en cuenta lo anterior, y habiendo sido informado de las alternativas de existentes para mi caso, vengo en prestar mi libre, espontáneo y expreso consentimiento y **acepto** realizar el procedimiento descrito.

_____ _____.

PACIENTE MÉDICO