

Santiago de Chile, _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BICHECTOMÍA

Yo, _____, cédula de identidad N° _____, de años, por lo tanto mayor 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 Bichectomía.

1° He sido informado en qué consiste esta cirugía, concretamente sé que es un procedimiento quirúrgico por el cual se procede a retirar un acúmulo de grasa de la mejilla llamado bola de Bichat por vía intraoral, con la finalidad de buscar estilizar las facciones. Comprendo que es la única estructura de la anatomía facial que es factible retirar con este fin y que el cambio será sutil. Estoy al tanto que las dos mitades de mi cara son distintas.

2° He sido informado que a pesar de que se esperan buenos resultados, no hay garantía expresa o implícita sobre los resultados que se pueden obtener, pues se desconoce la proporción exacta que representa este tejido del volumen total de la mejilla. Puedo decepcionarme 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 hematoma facial, edema o inflamación prolongada, enfermedad tromboembólica, infección, lesión del conducto de Stenon, fístula salival, aquellos derivados del uso de la anestesia o transfusión, asimetría sobre todo habiendo asimetría esquelética, cambio del contorno temporal (hundimiento), dificultad de movilidad facial por lesión de ramas del nervio facial, deformidades visibles o táctiles inaceptables, pioderma gangrenoso, fascitis necrotizante, shock tóxico, shock séptico, extrusión de suturas, dolor crónico, seroma, nódulos o calcificaciones, fibrosis, dehiscencia de herida y pérdida o alteración de la sensibilidad transitoria o definitiva. Acepto que las asimetrías previas pueden no ser posible de corregir.

Los 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. La presencia de enfermedad periodontal también aumenta las complicaciones, entre otras.

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

PACIENTE

MÉDICO

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. 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 un año en el caso de cirugía primaria, asumiendo el paciente el costo de la hospitalización, derecho de pabellón, insumos e implantes.

En casos de cirugía secundaria, es decir, quien ya tuviera una cirugía o procedimiento mínimamente invasivo previo en la zona (rellenos), por ser una naturaleza completamente distinta que determina mayor impredecibilidad del resultado, el costo completo de reoperaciones será completamente asumido por la paciente, incluyendo el costo del equipo médico.

No es posible realizar la devolución del dinero pagado por una cirugía ya efectuada.

En mi caso, corresponde a una cirugía:

Primaria

Secundaria

6° 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 efectuar 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 informada que estoy facultada 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° Finalmente, declaro haber sido informada 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 N° _____, 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.

11° Teniendo en cuenta lo anterior, y habiendo sido informada 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