

Consentimiento Informado para tratamiento AccuTite, FaceTite, NeckTite y/o Bodytite.

NOMBRE DEL PACIENTE:

ÁREA DEL TRATAMIENTO:

El presente es un documento de consentimiento informado que se ha preparado para informarle a usted sobre el procedimiento, sus riesgos y el/los tratamiento/s alternativo/s disponible/s.

Es importante que lea la totalidad de esta información cuidadosamente. Ponga sus iniciales en cada párrafo, indicando que lo ha leído, y firme el consentimiento para la cirugía que propone su cirujano plástico y con la que usted está de acuerdo.

	Iniciales
<p>Las áreas a tratar han sido revisadas conmigo y estoy de acuerdo. He sido asesorado exhaustiva y completamente con respecto a los objetivos del procedimiento. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y aunque estos procedimientos son efectivos en la mayoría de los casos, no se garantizan los resultados.</p> <p>Una piel firme y elástica dará como resultado un mejor contorno final. La piel que tiene menos tono debido a estrías, cambios de peso o envejecimiento natural no se remodelará igualmente con los nuevos contornos y puede requerir técnicas quirúrgicas adicionales para eliminar y tensar el exceso de piel. Entiendo que el estiramiento de la piel puede no ser completamente evidente durante 6-12 meses después de este procedimiento, que el estiramiento de tejidos varía de individuo a individuo y los resultados dependen de la edad, pudiendo requerir repetición periódica del tratamiento. Reconozco que pueden surgir imperfecciones dependiendo de cómo mi cuerpo responda al tratamiento efectuado de acuerdo a los protocolos aprobados y que el resultado puede no estar a la altura de mis expectativas, en cuyo caso el cirujano me asesorará respecto a otras técnicas más invasivas. Si fuera necesario realizar un segundo procedimiento, éste conllevará gastos adicionales.</p>	
<p>Entre otras formas de manejo, se incluye el no tratar las áreas con adiposidad. Seguir una dieta y realizar ejercicio físico puede ser beneficioso para la reducción general del exceso de grasa corporal. En algunos pacientes, puede ser necesario quitar directamente la piel y el tejido adiposo además de la liposucción. También se considera que el calor y el frío externos no quirúrgicos reducen la grasa. También puede ayudar un tratamiento con ácido desoxicólico y ultrasonido. Las formas alternativas de tratamiento quirúrgico se asocian a sus riesgos propios.</p> <p>La elección individual sobre someterse o no a un procedimiento quirúrgico se basa en la comparación del riesgo y el potencial beneficio. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan estas complicaciones, es recomendable que las analice junto con su cirujano plástico, a fin de asegurarse de que comprende todas las posibles consecuencias.</p>	
<p>Soy consciente de las siguientes posibles experiencias y/o riesgos asociados con el procedimiento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Doy mi consentimiento para la administración de anestesia tópica, local y tumescente. Entiendo que todas las formas de anestesia implican riesgos y la posibilidad de complicaciones.• Se pueden experimentar molestias o dolores durante y/o después del tratamiento.• Algunos moretones y / o hinchazón pueden ocurrir después del procedimiento. Sin embargo, debe resolverse en días, semanas o meses.• Puede ocurrir enrojecimiento temporal (eritema) e hinchazón del área tratada.• Lesión nerviosa: Lesión de la rama nerviosa facial y corporal: debilidad de las áreas afectadas	

Hipo o Hiperactividad – cambio temporal en la sonrisa o cualquier expresión facial
Entumecimiento/hormigueo temporal en el área tratada.

- La cicatrización interna (fibrosis) es frecuente y la externa es rara, pero es una posibilidad.
- Aunque es poco común, pueden ocurrir quemaduras y llegar a escara de piel.
- La infección es rara, pero si ocurre, puede ser necesario el tratamiento con antibióticos y / o intervención quirúrgica. Si se presentan signos de infección como dolor, calor, ampollas o enrojecimiento circundante, llame a la clínica y acuda al Servicio de Urgencia de inmediato.
- Entiendo la importancia de las instrucciones previas y posteriores al tratamiento y que el incumplimiento de estas instrucciones puede aumentar la posibilidad de complicaciones.

Entiendo que la lipoaspiración se puede usar junto con el tratamiento de estiramiento y escultura de la piel subdérmica, si el médico así lo indica. Entiendo que las irregularidades y laxitud de la piel pueden ocurrir con cualquier tratamiento de lipoaspiración.

Doy mi consentimiento para que me tomen fotografías clínicas antes, durante y después de mi procedimiento. Entiendo que estas fotografías son una parte importante de mi expediente médico. Además, doy mi consentimiento para el uso de estas fotografías, sin que se revele mi identidad, para la educación de futuros pacientes, difusión, presentaciones clínicas profesionales y revistas médicas.

Reconozco que durante el curso del procedimiento, la presentación de situaciones no previstas puede hacer necesario que se practiquen procedimientos distintos a los descritos anteriormente. Por lo tanto, autorizo al médico antes nombrado y a sus asistentes a realizar dichos otros procedimientos, necesarios o convenientes, con base en su criterio profesional. La autoridad otorgada en este párrafo incluye todas las afecciones que requieran tratamiento, incluso aquellas que mi médico no conozca al momento de iniciado el procedimiento.

He tenido la oportunidad de explicar mis objetivos, y comprendo qué objetivos son realistas y cuáles no. Soy consciente de que este dispositivo está aprobado por la FDA para la coagulación de tejidos blandos. Los beneficios del procedimiento propuesto, junto con la probabilidad de éxito también se han discutido conmigo. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Una vez comprendidos todos estos factores, elijo proceder. Certifico que he leído la autorización anterior y que la entiendo perfectamente.

**AUTORIZO EXPRESAMENTE AL DOCTOR CRISTÓBAL LONGTON BRUNET en CLÍNICA NEO
A REALIZAR EL PROCEDIMIENTO _____
PARA TRATAR MI CONDICIÓN DE LAXITUD Y/O ADIPOSIDAD _____**

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Cirujano Plástico: _____

Fecha: _____