

Santiago de Chile, a \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REDUCCIÓN MAMARIA

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 llamada Reducción Mamaria o mamoplastia reductiva, con o sin lipoescultura.

**1°** He sido informada en qué consiste esta cirugía, concretamente sé que consiste en un procedimiento quirúrgico por el cual se procede a reducir el tamaño de las mamas por enfermedad, postura defectuosa (de espalda, cuello, hombros, cabeza) o por simple estética, pudiendo o no reducir el tamaño de las areolas. La reducción del volumen mamario es el único objetivo de esta intervención. Esta cirugía no corrige el exceso de tejido en la cara lateral del tórax. Los individuos deben ser capaces de mantener su peso para mantener el resultado, los cambios hormonales del ciclo vital pueden producir cambios en las mamas.  
Al momento de la cirugía mi peso es \_\_\_\_\_ kilos.

**2°** He sido informada que a pesar de que se esperan buenos resultados, no hay garantía expresa o implícita sobre los resultados que se pueden obtener. 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 hematomas, edema o inflamación prolongada, enfermedad tromboembólica, infección, mastitis, pérdida de la función sexual, alteraciones lactancia, fístula láctea, aquellos derivados del uso de la anestesia o transfusión, asimetría mamaria, mala posición estructural, necrosis de areola-pezones total o parcial, necrosis de colgajos cutáneos, rotación o desplazamiento del implante, deformidades visibles o táctiles inaceptables, reabsorción del lipoinjerto, ubicación de la cicatriz quirúrgica no satisfactoria, cicatrización inestética o patológica, aparición de estrías, pioderma gangrenoso, extrusión de suturas, paniculitis u otras condiciones autoinmunes, caída de la mama (recidiva de ptosis mamaria o deformidad en cascada), discromía o cambios de coloración, neumotórax, dolor crónico, seromas precoces o tardíos, necrosis grasa, nódulos o calcificaciones, fibrosis, *orejas de perro*, dehiscencia de herida y pérdida o alteración de la sensibilidad, fasciitis necrotizante, shock tóxico, shock séptico.  
Acepto que las asimetrías previas pueden no ser posible de corregir.  
Las pacientes fumadoras 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. Otros factores que aumentan el riesgo son grandes reducciones mayores a 600 grs por lado y el sobrepeso, entre otros.

**3°** Declaro que sufro las siguientes alergias: \_\_\_\_\_, e informo que actualmente padezco las siguientes enfermedades: \_\_\_\_\_.

**4°** 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 previa en la zona, por ser una naturaleza completamente distinta que determina mayor impredecibilidad del resultado, el costo de reoperaciones será completamente asumido por la paciente.

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

En mi caso, corresponde a una cirugía:

**Primaria**

**Secundaria**

5° Entiendo que la cobertura o reembolso por parte de la Isapre u otro sistema de seguro de salud no depende del Dr. Cristóbal Longton.

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 pesquiasadas 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