Santiago de Chile, _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIFTING DE MUSLOS

Yo, _____, cédula de identidad N° _____, de __ años, 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 lifting de glúteos o Gluteoplastia, ya sea con o sin liposucción, con o sin lipoinyección, con o sin uso de implante de silicona.

1º He sido informado en qué consiste esta cirugía, concretamente sé que es un procedimiento quirúrgico cuyo fin es eliminar el exceso de piel y tejido graso de los glúteos. Los individuos deben ser capaces de mantener su peso para mantener el resultado. Al momento de la cirugía mi peso es _____ kilos.

2° 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, los riesgos son mayores a mayor índice de masa corporal. Ellos son hematomas, anemia postoperatoria, cicatrización inestética o patológica, migración o ubicación de la cicatriz quirúrgica no satisfactoria, asimetría, seroma precoz o tardío, embolía grasa, linfedema o inflamación prolongada, enfermedad tromboembólica, retracción cicatricial o bridas, paniculitis u otras condiciones autoinmunes, infección, riesgos derivados del uso de la anestesia o transfusiones, deformidades visibles o táctiles inaceptables, necrosis del colgajo, pioderma gangrenoso, extrusión de suturas, dolor crónico, necrosis grasa, nódulos o calcificaciones, fibrosis, *orejas de perro*, dehiscencia de herida y pérdida o alteración de la sensibilidad, reacciones alérgicas, alteraciones de la coloración de la piel, aparición de várices o celulitis, irregularidades en el contorno de la piel, linfedema, linfocele, lipedema, laxitud cutánea residual o recidivante (banana roll), aparición de estrías, reabsorción del lipoinjerto, migración del lipoinjerto, perforación vascular, fascitis necrotizante, shock tóxico, shock séptico, muerte, entre otros. Acepto que las asimetrías previas pueden no ser posible de corregir.
Los 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. 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 en el resultado final el costo de reoperaciones será completamente asumido por el paciente, incluido el equipo médico.
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 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 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.

_____ _____.

PACIENTE MÉDICO