



**MAGANA**  
plastic surgery

# Consentimiento informado

Cirugía de corrección de cicatrices

## **INSTRUCCIONES**

El presente es un documento de consentimiento informado que se ha preparado para informarle a usted sobre la cirugía de corrección de cicatrices, 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 página, indicando que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía que propone su cirujano plástico y con la que usted está de acuerdo.

## **INFORMACIÓN GENERAL**

El tratamiento quirúrgico de cicatrices es un procedimiento realizado con frecuencia por los cirujanos plásticos. Las cicatrices son el resultado inevitable de heridas, enfermedades o cirugías. Es imposible eliminar por completo la presencia de una cicatriz, pero la cirugía plástica puede mejorar el aspecto y la textura de las cicatrices. Hay muchas técnicas diferentes para la cirugía de corrección de cicatrices. Además de la cirugía, pueden ser necesarios otros tratamientos, incluidos tópicos, geles, inyecciones, radiación, fisioterapia o terapia de mano.

## **TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

Otras formas de tratamiento consisten en no tratar el estado de la cicatriz, tópicos, geles, inyecciones de corticoesteroides en la cicatriz, radiación o uso de prendas o dispositivos especiales de compresión sobre la cicatriz. Pueden usarse dermoabrasión, tratamientos con láser y otras técnicas quirúrgicas para corregir cicatrices. Las formas alternativas de tratamiento se asocian a riesgos y potenciales complicaciones.

## **RIESGOS INHERENTES A LA CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DE CICATRICES**

Todo procedimiento quirúrgico abarca determinados riesgos, y es importante que usted los comprenda, así como las posibles complicaciones asociadas. Además, todo procedimiento tiene limitaciones. 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 de la corrección quirúrgica de cicatrices.

**Es importante que lea cuidadosamente la información anterior y que se responda a todas sus preguntas antes de firmar el consentimiento en la página siguiente.**



# CONSENTIMIENTO para CIRUGÍA/PROCEDIMIENTO o TRATAMIENTO

1. Mediante la presente autorizo al Dr. Rafael MaganaSample y a sus asistentes seleccionados a practicar una **cirugía de corrección de cicatrices**.

He recibido la siguiente hoja informativa: **Cirugía de corrección de cicatrices**.

2. Reconozco que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia, la ocurrencia de situaciones no previstas puede hacer necesario que se practiquen procedimientos distintos a los enumerados anteriormente. Por lo tanto, autorizo al médico antes nombrado y a sus asistentes o personas designadas 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.
3. Doy mi consentimiento a la administración de anestésicos considerados necesarios o convenientes. Comprendo que todas las formas de anestesia entrañan riesgos y la posibilidad de complicaciones, lesiones y hasta la muerte.
4. Comprendo lo que mi cirujano puede o no hacer, y comprendo que no se pueden garantizar resultados de forma implícita ni específica. He tenido la oportunidad de explicar mis objetivos, y comprendo qué objetivos son realistas y cuáles no. Se ha respondido a todas mis preguntas, y comprendo los riesgos inherentes (específicos) a los procedimientos que deseo, así como los riesgos y complicaciones, beneficios y alternativas adicionales. Una vez comprendidos todos estos factores, elijo proceder.
5. Doy mi consentimiento a la toma de fotografías o a la televisación antes, durante o luego de la/s operación/es o procedimiento/s a realizar, lo que incluye partes adecuadas de mi cuerpo, para fines médicos, científicos o educativos, siempre que no se revele mi identidad en las imágenes.
6. Con fines de avanzar en la educación médica, doy mi consentimiento a la admisión de observadores a la sala de operaciones.
7. Doy mi consentimiento a la eliminación de tejidos, dispositivos médicos, o partes corporales que se extraigan.
8. Soy consciente de que la utilización de productos sanguíneos conlleva riesgos potenciales significativos a mi salud, y doy mi consentimiento a su utilización siempre que mi cirujano y/o sus asistentes lo consideren necesario.
9. Autorizo la divulgación de mi número de Seguridad Social a las agencias pertinentes para fines de informe legal y registro de dispositivo médico, si es aplicable.
10. Comprendo que los honorarios del cirujano son separados de los cargos de anestesia y hospitalarios, y estoy de acuerdo con dichos honorarios. Si fuera necesario realizar un segundo procedimiento, este conllevará gastos adicionales.
11. Me doy cuenta de que tengo la opción de no realizar la operación. Renuncio a este procedimiento \_\_\_\_\_.
12. SE ME HA EXPLICADO LO SIGUIENTE EN TÉRMINOS QUE PUEDO ENTENDER:
  - a. EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO ANTEDICHO QUE SE REALIZARÁ
  - b. LAS POSIBLES OPCIONES DE PROCEDIMIENTOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS
  - c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

DOY MI CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y A LOS ELEMENTOS ENUMERADOS ANTERIORMENTE (1-12)  
ESTOY SATISFECHO CON LA EXPLICACIÓN OFRECIDA.

\_\_\_\_\_  
Paciente o persona autorizada a firmar en su lugar

Fecha/hora \_\_\_\_\_ Testigo \_\_\_\_\_