

Consentimiento Informado para Blefaroplastia

Introducción: El fin de esta cirugía es eliminar el exceso de piel y músculo de los párpados, superiores y/o inferiores, así como el tejido graso subyacente; puede mejorar la piel flácida y las bolsas, y ayudar a mejorar la visión en personas mayores que presentan un exceso importante de párpado superior que cae sobre la pupila. No elimina las “patas de gallo” u otras arrugas, ni las “ojeras oscuras”, así como tampoco eleva las cejas caídas. Puede realizarse en forma aislada para los párpados superiores, inferiores o ambos o en combinación con otros procedimientos quirúrgicos.

Riesgos:

Hemorragia: No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia.

Infección.

Cicatrización: Pueden darse cicatrices anormales, apertura de la herida o una cicatrización retrasada. ***Los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización.***

Lesión de Estructuras Profundas: Como vasos sanguíneos, músculos y nervios, de forma temporal o permanente.

Problemas de Sequedad Ocular: Si se altera la producción de lágrimas o tiene dificultad para cerrar los párpados luego de la cirugía, derivando en problemas en la córnea. Si habitualmente presenta sequedad ocular debe tener especial precaución.

Ectropión: Separación entre el párpado inferior y el globo ocular.

Pérdida de pestañas: Temporal o permanente.

Dolor Crónico.

Asimetría.

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Anestesia: Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Necesidad de Cirugía Adicional: Aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: Otras cirugías, peeling químico u otros tratamientos de la piel.

Responsabilidad financiera: El costo de la cirugía incluye los honorarios profesionales, las visitas de seguimiento y materiales, pero no cubre procedimientos adicionales ni tratamientos de presentar complicaciones.

Declaro:

- 1) Autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes a realizar Blefaroplastia de _____.
- 2) Reconozco que pueden surgir imprevistos y doy autorización para su tratamiento y solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas.

- 3) Autorizo la administración de la anestesia necesaria. Entiendo que la anestesia implica un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y muerte.
- 4) Reconozco que no se me ha dado garantía con respecto a los resultados y su mantenimiento a largo plazo.
- 5) Consiento ser fotografiado o filmado, siendo este material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado o expuesto.
- 6) Consiento el tratamiento de mis datos personales y me comprometo a comunicar cambios. Autorizo su cesión a cuantos profesionales sea necesario. La Dra. Barbieri garantiza la posibilidad de ejercitar mi derecho de acceso, rectificación y cancelación.
- 7) Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después de la cirugía y hasta el alta.
- 8) Doy fe de no haber omitido información relevante en mi historial médico, incluyendo alergias, enfermedades o el uso de medicamentos o sustancias.
- 9) No estoy embarazada ni en período de lactancia.
- 10) Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento.
- 11) Entiendo que pueden ser necesarios sucesivos tiempos quirúrgicos o procedimientos para correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.
- 12) Confirmando que la cirugía, riesgos y alternativas me han sido explicados por la Dra. Barbieri en un lenguaje comprensible. Lo he comprendido, entendido este documento, y la Dra. Barbieri me ha aclarado las dudas planteadas y no deseo más información.

DOY CONSENTIMIENTO, excepto el punto número: _____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre y firma Testigo: _____