

Consentimiento Informado para Lifting Cérvico - Facial

Introducción: El lifting, estiramiento facial o ritidectomía es un procedimiento quirúrgico para mejorar los signos visibles de envejecimiento de la cara y el cuello. Conforme el individuo envejece, la piel y los músculos de la región de la cara empiezan a perder tono. El lifting facial no puede detener el proceso de envejecimiento, pero puede mejorar los signos más visibles del envejecimiento mediante el tensado de las estructuras más profundas, la readaptación de la piel de la cara y el cuello, y la extirpación de áreas seleccionadas de grasa y piel. Un lifting facial puede realizarse aisladamente o en conjunto con otros procedimientos, como un lifting de cejas, liposucción, cirugía de párpados, labios o cirugía nasal. El lifting facial se individualiza para cada paciente. El mejor candidato para un lifting facial es el que tiene una cara y cuello que han empezado a relajarse, pero cuya piel tiene elasticidad y cuya estructura ósea está bien definida.

Riesgos:

Hemorragia: No debe tomar aspirina o medicación antiinflamatoria desde 10 días antes de la intervención, puesto que puede aumentar el riesgo de hemorragia. La hipertensión (aumento de la presión sanguínea) que no está bien controlada médicamente puede ser causa de sangrado durante o después de la cirugía. Los cúmulos de sangre bajo la piel pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

Infección.

Pueden darse **cicatrices anormales** tanto en la piel como en los tejidos profundos.

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, temporal o permanente.

Asimetría.

Irregularidades del contorno de la piel.

Resultado Insatisfactorio.

Cambios en la sensibilidad cutánea: Temporales o permanentes.

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

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

Seroma(cúmulos de fluido).

Embolias: A nivel de miembros inferiores o a nivel pulmonar por la duración de este tipo de cirugía, que eventualmente puede conducir a la muerte.

Pérdida de pelo: En áreas de la cara donde la piel se levanta durante la cirugía. La ocurrencia de este hecho no predecible generalmente se soluciona al cabo de unos meses.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: No tratar la laxitud de la cara y el cuello con un lifting facial. Puede intentarse mejorar la laxitud cutánea, arrugas y depósitos grasos mediante otros tratamientos o cirugías, como los peeling químicos faciales o la liposucción. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociados con las formas alternativas de tratamiento.

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 Lifting Cérvico - facial _____.
- 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: _____