

Consentimiento Informado para Liposucción

Introducción: Es una técnica quirúrgica para eliminar depósitos de grasa en determinadas áreas del cuerpo, idealmente en pacientes con normopeso. No es un sustituto de la reducción de peso y por sí misma no mejora la "celulitis". Puede realizarse de forma aislada o en combinación con otras técnicas quirúrgicas. Una piel firme y elástica lleva a un mejor contorno final. La piel colgante puede requerir técnicas quirúrgicas adicionales para ser eliminada y tensada.

Riesgos:

Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente. 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 tanto en la piel como en los tejidos profundos, apertura de la herida o 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, temporal o permanente.

Asimetría.

Irregularidades del contorno de la piel.

Resultado Insatisfactorio.

Cambios en la sensibilidad cutánea: Temporales o pueden no resolverse totalmente.

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

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

Shock Quirúrgico: Cuando se succionan áreas múltiples o extensas en un mismo tiempo.

Seroma: Son cúmulos de fluido.

Necesidad de Cirugía Adicional.

Embolias: Existe el riesgo de 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.

Riesgos Personalizados: _____

Tratamientos Alternativos: No realizar la liposucción, lipectomías selectivas mediante un abordaje abierto, o técnicas de liposucción asistidas.

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 liposucción en _____.
- 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: _____