

Consentimiento Informado para Plastia Oreja en Horqueta

Descripción del Procedimiento: Las perforaciones para caravanas suponen un riesgo para el desgarro del lóbulo de la oreja, especialmente si el peso de los ornamentos usados es importante. Cuando el desgarro es completo, imposibilita el uso de caravanas, si es incompleto supone la pérdida de caravanas al no lograr su correcto ajuste al orificio del lóbulo de la oreja agrandado. La reparación del lóbulo en horqueta o dividido, completo o incompleto, supone la eliminación en cuña del tejido cicatrizal central y la sutura de los bordes. La cicatriz es generalmente imperceptible y muchas veces queda oculta cuando se usan caravanas. Es un procedimiento sencillo y rápido que se realiza bajo anestesia local en el consultorio en forma ambulatoria. La cantidad de anestesia necesaria será calculada en base a su peso. Es posible que se produzcan molestias al inyectar el anestésico local, pudiendo adicionarle un vasoconstrictor para minimizar el sangrado local, quedando anestesiada la zona durante la intervención. Las suturas se retiran entre los 7 a 14 días y debe tenerse la precaución de esperar unos meses para re perforar el lóbulo. El nuevo orificio no deberá emplazarse en la cicatriz ni directamente encima de ésta, sino más a la derecha o izquierda, ya que sino la lesión podría recidivar.

Riesgos:

Infección.

Lipotimias en personas impresionables.

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

Dolor: Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos pueden producir dolor. Generalmente se soluciona por sí sólo de manera espontánea, con el paso del tiempo.

Dehiscencia de suturas (separación de la herida).

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

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.

Sufrimiento isquémico/necrosis de colgajos (pérdida de los mismos).

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.***

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

Riesgos Personalizados: _____

Alternativas: No existen otras posibilidades terapéuticas más adecuadas que el tratamiento quirúrgico en su caso. Puede no realizar el procedimiento.

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 Plastia de oreja en Horqueta _____.
- 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) Confirmo 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: _____