

Consentimiento Informado para Rinoplastia

Introducción: La rinoplastia puede producir cambios en el aspecto, estructura y función de la nariz; puede aumentar o reducir el tamaño de la nariz, cambiar la forma de la punta, estrechar la anchura de las alas, o cambiar el ángulo entre la nariz y el labio superior. Esta operación puede ayudar a corregir defectos de nacimiento, lesiones nasales y algunos problemas respiratorios. No existe un tipo universal de rinoplastia que cubra las necesidades de cada paciente. La cirugía de rinoplastia se diseña para cada paciente. Las incisiones pueden hacerse por dentro de la nariz o disimuladas en lugares poco visibles cuando se realiza una rinoplastia abierta. Puede realizarse cirugía nasal interna para mejorar la respiración al mismo tiempo que la rinoplastia. El mejor candidato para este tipo de cirugía es el individuo que busca una mejoría, no la perfección, en el aspecto de su nariz. Puede realizarse en conjunto con otras cirugías.

Riesgos:

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

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, conductos lagrimales, músculos y nervios, temporal o permanente.

Dolor Crónico.

Asimetría.

Resultado Insatisfactorio.

Perdida de la Sensibilidad: Puede no recuperarse totalmente.

Perforación del septo nasal: En algunos casos puede ser imposible reparar esta complicación.

Alteraciones de la vía aérea nasal: Pueden ocurrir cambios después de una rinoplastia o septoplastia que interfieran con el paso normal de aire a través de la nariz.

Reacciones Alérgicas: Locales o sistémicas.

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

Necesidad de Cirugía Adicional.

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: Las formas alternativas de manejo consisten en no realizar cirugía de rinoplastia. Ciertas alteraciones de la vía aérea interna nasal pueden no requerir cirugía. Otra opción son los rellenos de camuflaje con ácido hialurónico.

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 Rinoplastia
- 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: _____