

AUTORIZACIÓN PARA AUMENTO DE GLUTEOS (PRÓTESIS GLÚTEOS)

Nombre del paciente: #PA

1. Yo autorizo al Doctor ALBERTO M. LACOUTURE PEINADO y a sus asistentes a realizarme la cirugía para aumentar el tamaño de mis glúteos por medio de colocación de implantes.
2. La naturaleza y efectos de la cirugía, los riesgos y complicaciones que se pueden presentar, así como métodos alternativos de tratamiento, me han sido explicados plenamente por el Doctor y yo he comprendido bien.

Los siguientes puntos, entre otros, han sido específicamente aclarados:

- a. las investigaciones muestran que el material implantado en el cuerpo no causa malignidad en los seres humanos.
 - b. Existe la posibilidad de que el cuerpo rechace el material implantado, y esto necesiten ser removidos, pero esto ocurren en un pequeño porcentaje de casos.
 - c. Se puede producir una cápsula alrededor de la prótesis que en algunos casos puede ser permanente, y producir dolor e incomodidad.
 - d. No se puede dar garantía respecto al tamaño y apariencia final de los glúteos, se esperan los mejores resultados, pero no se puede garantizar.
 - e. La cicatriz puede ser permanente, aunque es invisible.
 - f. Si se presenta sangrado o infección por los implantes, puede ser necesario realizar una o varias cirugías posteriores.
 - g. Si se expone a temperaturas bajas, por ejemplo nadar en agua fría, los glúteos puede sentirse más fríos que el resto del cuerpo.
 - h. Se recomienda esperar 6 meses después de la cirugía para embarazarse.
 - i. Hipersensibilidad e inflamación puede presentarse en las nalgas después de la cirugía.
 - j. El procedimiento está sujeto a las mismas complicaciones post-quirúrgicas que cualquier otro procedimiento.
3. Yo autorizo al Doctor a realizar cualquier otro procedimiento que el considere necesario para proveer la condición establecida en el párrafo # 1, o para afrontar cualquier condición patológica inesperada que pueda presentarse en la cirugía.
 4. Consiento que la administración de drogas anestésicas por el Doctor o bajo la dirección del médico responsable por este servicio.

5. Yo entiendo que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas y que profesionales responsables y éticos, no pueden garantizar resultados.
No he recibido del Doctor o cualquier otro miembro de su personal, garantía de los resultados que se pueden obtener.
6. Yo comprendo que los dos lados del cuerpo humanos no son iguales, y que nunca podrán serlo.
7. Con el propósito que colaborar con la educación médica, consiento la admisión de observadores autorizados a la sala de cirugía.
8. Doy permiso al Doctor ALBERTO M. LACOUTURE PEINADO para filmar o tomar fotografías clínicas, con el sobreentendido de que tal material permanecerá en su poder y que podrán ser utilizadas para exposiciones o evidencia clínica a otros pacientes.
9. Reconozco no padecer alergia a nada, excepto: _____

10. La cirugía no es exacta por lo cual puede requerir procedimiento de retoque cuyos costos clínicos serán por cuenta del paciente.
11. He pactado unos honorarios por el valor de \$_____ los cuales me comprometo a pagar de común acuerdo con el médico.

Certifico que he leído la anterior autorización, que las explicaciones fueron hechas a mi entera satisfacción, y que comprendí plenamente tale explicaciones, y la anterior autorización.

Firma: _____
(Paciente o persona autorizada por el paciente)

Testigo: _____ Fecha: _____

