AUTORIZACION PARA BRAQUIPLASTIA

Nombre del paciente: #PA

1- Yo autorizo al Doctor_____ y a
Sus asistentes a realizarme el procedimiento conocido como braquiplastia.

2- La naturaleza y efectos de la operación, los riesgos y complicaciones que se puedan presentar, así como métodos alternativos de tratamiento, me ha sido explicados plenamente por el Doctor y yo he comprendido bien.

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

a. Se producirá una cicatriz horizontal localizada desde la axila hasta el codo. El tamaño de la cicatriz no puede ser determinado de manera exacta antes de la cirugía, ya que puede variar de un individuo a otro.
b. Algunas áreas del brazo pueden presentar protuberancias después de la cirugía, esto debe ser temporal, pero ocasionalmente podría ser permanente.
c. Puede haber acumulación de líquido debajo de la piel, seromas que puede requerir drenaje o aspiración y puede ser necesario repetir este procedimiento varias veces.
d. Existe la posibilidad de que puede coleccionarse algo de sangre, o hematoma bajo la piel durante el post-operatorio. Si esto ocurre puede ser necesario un segundo procedimiento bajo anestesia general para remover esta acumulación de sangre.
e. No se requieren transfusiones de sanguíneas en la mayoría de los casos sin embargo ocasionalmente podría necesitarse. Si se necesitase de una transfusión de sangre, esta podría conllevar el riesgo de producir hepatitis y/o reacciones post-transfuncionales.
f. Existe la posibilidad de alguna pérdida de piel, y esto puede requerir de injertos y colgajos de piel, o algún otro procedimiento quirúrgico secundario.
g. La inflamación y la coloración de la piel alrededor del área quirúrgica puede persistir por varias semanas.
h. Puede haber infección de la herida quirúrgica que requiere tratamiento con antibióticos o lavados quirúrgicos.
i. En asociación con la braquiplastia puede presentarse edema en los brazos y manos en el post- operatorio.
j. En algunos pacientes puede presentarse linfedema permanente.
k. puede haber déficit de nervio motor o sensitivo, con disminución sensibilidad en el brazo.
1. la cicatrización en el brazo es difícil y puede presentarse dehiscencia de la herida con retardo en la cicatrización de las heridas.

a. Yo autorizo al Doctor a realizar cualquier otro procedimiento que el considere necesario para proveer la condición establecida en el parágrafo #1, o afrontar cualquier condición patológica inesperable que pueda presentarse durante la cirugía.

b. Consiento la administración de drogas anestésicas por el Doctor o bajo la dirección del médico responsable por este servicio.

c. 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 pueden obtener.

d. Yo comprendo que los lados del cuerpo humano no son iguales, y nunca podrán serlo.

e. Con el propósito de colaborar con la educación medica, consiento la admisión de observadores autorizados a la sala de cirugía.

f. 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.

g. Reconozco no padecer alergia a nada.
Excepto: ----------

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

Testigo_____ Fecha: _____

Medico: _____