

AUTORIZACIÓN PARA RINOPLASTIA

Nombre del paciente: _____

1. Yo autorizo al Doctor _____ y a sus asistentes a realizarme (a mí: _____) la cirugía conocida como Rinoplastia.
2. La naturaleza y efectos de la operación, los riesgos y complicaciones que se pueden 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 pueden presentar sangrado en el postoperatorio que requiere taponamiento nasal.
- B. La incidencia de infección después de la Rinoplastia es rara. Pero como cualquier cirugía esta puede presentarse.
- C. Puede presentarse en el postoperatorio edema palpebral que requiere aplicación de hielo y posterior drenaje linfático.
- D. Pueden presentarse áreas de pérdidas de piel, pero es bastantes infrecuente.
- E. Las cicatrices de la Rinoplastia son mínimas, y están ocultas en el borde de columella y mucosa.
- F. Se presentan un edema difuso, que puede durar hasta 6 meses después de la cirugía.
- G. Al reseca una giba ósea o cartilaginosa puede quedar una porción residual que requiera un retoque.
- H. Cuando se colocan injertos cartilagosos, estos pueden desplazarse hacia un lado y requerir reubicación.
- I. Yo autorizo al Doctor a realizar cualquier otro procedimiento que él considere necesario para proveer la condición establecida en el párrafo # 1, o para afrontar cualquier condición patológica inesperada que pueda presentarse durante la cirugía.
- J. Consiento la administración de drogas anestésicas por el Doctor o bajo la dirección del médico responsable por este servicio.
- K. 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 el doctor o cualquier otro miembro de su personal, garantía de los resultados que se puedan obtener.
- L. Yo comprendo que los dos lados del cuerpo humano no son iguales, y que nunca podrán serlo.
- M. Con el propósito de colaborar con la educación médica, consiento la admisión de observadores autorizados a la sala de cirugía.
- N. 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.

- O. Reconozco no padecer alergia a nada, excepto _____
- P. La cirugía no es exacta por lo cual puede requerir procedimiento de retoque o reintervención cuyos costos clínicos serán por cuenta del paciente.

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

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

Testigo: _____ Fecha: _____

Medico: _____