

AUTORIZACIÓN PARA BLEFAROPLASTIA

Nombre: _____

1. Yo autorizo al Doctor _____ y A sus asistentes a realizarme la cirugía conocida como BLEFAROPLASTIA (Cirugía Plástica de los párpados).
2. La naturaleza y efectos de la cirugía, los riesgos y complicaciones inherentes, así como métodos alternativos de tratamiento, me ha sido satisfactoriamente explicados por el Doctor y yo he comprendido bien.

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

- A. Las cicatrices están ubicadas en el pliegue del párpado superior y por debajo de la pestaña en el párpado inferior, la cicatrización dependen de cada paciente, en algunos puede ser más visible que en otros, pero siempre son permanentes.
 - B. Habrá equimosis coloración en la piel alrededor de los ojos por varios días, y en algunos casos persistir por periodos considerablemente más largos de tiempo.
 - C. Existe la posibilidad de entropión (eversión del párpado) o ectropión (inversión del párpado inferior).
 - D. Puede existir la rara y remota posibilidad de pérdida de la visión.
 - E. El procedimiento este sujeto a las mismas complicaciones post-operatorias de cualquier otro procedimiento quirúrgico: hematoma, infección, dehiscencia herida, cicatriz.
 - F. Dada la naturaleza del procedimiento, no se pueden predecir de manera exacta los resultados finales, y a mi no se me ha dado ninguna garantía sobre resultados específicos.
3. 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.
 4. Consiento la administración de drogas anestésicas por el Doctor o bajo la dirección del medico 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 no son iguales, y que nunca podrán serlo.
 7. Con el propósito de colaborar con la educación medica, 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 él medico.

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)

Testigos: _____ Fecha: _____

Medico: _____