

AUTORIZACIÓN ABDOMINOPLASTIA CIRCUNFERENCIAL

Nombre del paciente: #PA

1. Yo autorizo al Doctor ALBERTO M. LACOUTURE PEINADO y a sus asistentes a realizarme el procedimiento conocido como lobectomía abdominal circunferencial, llamado comúnmente abdominoplastia.
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 producirá una cicatriz transversa localizada en el abdomen inferior. 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, las cicatrices son permanentes y dependen de cada persona.
 - b. Algunas áreas del abdomen 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, 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 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-transfucionales.
 - f. Existe la posibilidad de alguna pérdida de piel, y esto puede requerir de injertos o colgajos de piel, o algún otro procedimiento quirúrgico secundario.
 - g. La inflamación y coloración de la piel alrededor del arrea quirúrgica puede persistir por varias semanas.
 - h. Quedará una cicatriz elíptica alrededor del ombligo, y el ombligo puede tener una apariencia diferente después de la cirugía.
 - i. En asociación con lipectomías se han reportado complicaciones tales como infecciones, flebitis en las piernas y pelvis, embolismo pulmonar, embolia grasa.
3. 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 inesperada que pueda presentarse durante la cirugía.

4. Consiento 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 pueden obtener.
6. Yo comprendo que los dos lados del cuerpo humano no son iguales, y nunca podrán serlo.
7. Con el propósito de 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.
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 tales explicaciones, y la anterior autorización.

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

Testigo _____ Fecha: _____