

AUTORIZACIÓN PARA MAMOPLASTIA AUMENTO
+ PEXIA
(Prótesis mama)

Nombre del paciente: _____

1. Yo autorizo al Doctor _____ y a sus asistentes a realizarme la cirugía para aumentar el tamaño de mis pechos por medio de la colocación de implantes.

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 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 estos necesiten ser removidos, pero esto ocurre 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 senos, se esperan los mejores resultados, pero no puede garantizarse.
- e. La cicatriz puede ser permanente y dependen de la cicatrización de cada persona.
- f. Si se presenta sangrado o infección por los implantes, puede ser necesario realizar unas o varias cirugías posteriores y en algunos casos retirar las prótesis.
- g. En algunos casos puede hacerse un seroma en el postoperatorio, que requiere curaciones para el drenaje.
- h. Si se expone a temperaturas bajas, por ejemplo nadar en agua fría, los pechos pueden sentirse más fríos que el resto del cuerpo.
- i. Se recomienda esperar 6 meses después de la cirugía para embarazarse.
- j. Hipersensibilidad e inflamación pueden presentarse en pezones, areolas y mamas después de la cirugía.
- k. El procedimiento esta sujeto a las mismas complicaciones post-quirúrgico que cualquier otro procedimiento.
- l. Dependiendo de la textura de la piel en algunos casos las prótesis pueden descender con el paso del tiempo y por efecto de la gravedad.
- m. Al colocar prótesis pueden aparecer estrías en la piel por estiramiento de las fibras elásticas de cada persona
- n. Aunque el objetivo es obtener senos simétricos, pueden presentarse leves asimetrías de los pezones, areolas y mamas.
- o. Puede presentarse necrosis de los bordes de la herida en algunos casos y requerir la colocación puntos.
- p. Existe la posibilidad de que la irrigación sanguínea de uno o ambos pezones, areolas o mamas se encuentre disminuido y se produzca necrosis (muerte tisular). Esta complicación puede requerir reconstrucción mas adelante.

- q. Hasta donde hay conocimiento esta cirugía no influye en la posterior aparición de cáncer mamario
- r. Al realizar la Mastopexia se levanta el seno, así como también los pezones y areola; sin embargo, con el paso del tiempo y por efecto de la gravedad estos pueden descender o caerse dependiendo de la textura de la piel de cada persona.
- s. Yo autorizo al Doctor a realizar cualquier otro procedimiento que él considere necesario para proveer la condición establecida en el parágrafo #1, o para afrontar cualquier condición patológica inesperada que pueda presentarse durante la cirugía.
- t. Consiento la administración de drogas anestésicas por el Doctor o bajo la dirección del médico responsable por este servicio.
- u. Yo entiendo que la medicina y la cirugía no son ciencias exactas 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.
- v. Yo comprendo que los dos lados del cuerpo humano no son iguales, y que nunca podrán serlo.
- w. Reconozco no padecer ninguna alergia a nada, excepto: _____
_____.
- x. La cirugía no es exacta por lo cual puede requerir procedimiento de retoque y complicaciones cuyos costos clínicos serán por cuenta del paciente.
- y. 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.

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

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

Testigo: _____ Fecha: _____

Medico _____