

## AUTORIZACIÓN PARA MAMOPLASTIA DE REDUCCION

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

1. Yo autorizo al Doctor \_\_\_\_\_ y a sus asistentes a realizarme; (o a mi \_\_\_\_\_) la cirugía conocida como mamoplastia de reducción (reducción del tamaño de la o las mamas).
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 son permanentes y dependen de la cicatrización de cada persona.
- B. Aunque el objetivo es obtener senos simétricos, pueden presentarse leves asimetrías de los pezones, areolas y mamas.
- C. Las complicaciones que pueden presentarse después de la mamoplastia de reducción son las mismas de cualquier procedimiento quirúrgico.
- D. Pueden presentarse sangrado o infección post-quirúrgica, que en algunos casos requiere unos o más procedimientos para tratarlos.
- E. 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 más adelante.
- F. Puede haber disminución en la capacidad de lactancia después de la cirugía.
- A. Se puede alterar temporal o definitivamente la sensibilidad de pezones, areolas o mamas.
- B. Hasta donde hay conocimiento, esta cirugía no influye en la posterior aparición de cáncer mamario.
- C. Inflamación y equimosis (marcas azules o negras) pueden demorarse unas pocas semanas y desaparecerse .Se requieren varios meses para que los senos asuman su apariencia eventual, la cual no puede ser definitiva, ya que el tiempo, y el embarazo pueden alterarla nuevamente.
- D. Aunque se hace todo lo posible por lograr una apariencia normal agradable, de los pezones, areolas y mamas, este objetivo, no siempre es alcanzado.
- E. Después de la cirugía los senos quedan levantados, con el paso del tiempo y por efecto de la gravedad pueden descender.
- F. 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.
- G. Consiento la administración de drogas anestésicas por el Doctor o bajo la dirección del médico responsable por este servicio.
- H. 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.
- I. Yo comprendo que los dos lados del cuerpo humano no son iguales, y que nunca podrán serlo.

- J. Con el propósito de colaborar con la educación médica, consiento la admisión de observadores autorizados a la sala de cirugía.
- K. 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.
- L. Reconozco no padecer alergia a nada, excepto: \_\_\_\_\_
- M. La cirugía no es exacta por lo cual puede requerir procedimiento de retoque cuyos costos clínicos serán por cuenta del paciente.
- N. He pactado unos honorarios por el valor de \$ \_\_\_\_\_ los cuales me comprometo pagar de común acuerdo con él médico.

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)

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Medico: \_\_\_\_\_