AUTORIZACIÓN PARA MAXTOPEXIA

Nombre del paciente: _____

1. Yo autorizo al Doctor_____y a sus asistentes a realizarme; (o a mi _____) la cirugía conocida como mastopexia (corrección de ptosis o flacidez mamaria), y/o 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 mas 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 medico 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 medica, 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: _____