

## AUTORIZACIÓN PARA OTOPLASTIA

Nombre del paciente: #PA

1. Yo autorizo al Doctor ALBERTO M. LACOUTURE PEINADO y a sus asistentes a realizarme (a mi: \_\_\_\_\_) la cirugía conocida como Otoplastia.
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. La incidencia de infección después de la Otoplastia es rara. Pero como cualquier cirugía esta puede presentarse.
- b. Pueden presentarse áreas de pérdidas de piel, pero es bastante infrecuente.
- c. Las cicatrices de la Otoplastia son mínimas, y están ocultas en la parte posterior de la oreja.
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 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 el doctor o cualquier otro miembro de su personal, garantía de los resultados que se puedan obtener.
6. Yo comprendo que los dos lados del cuerpo humano no son iguales, y que 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 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 o re intervención cuyos costos clínicos serán por cuenta del paciente.

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: \_\_\_\_\_