

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ABDOMINOPLASTIA (cirugía sobre la piel y grasa del abdomen)

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

La intervención a la que usted va a someterse se denomina Abdominoplastia y consiste en extirpar la piel y grasa sobrantes del abdomen medio y bajo, y en ocasiones, retensar la pared abdominal.

Sirve para eliminar el faldón de piel (dermograso) de las personas que han perdido mucho peso.

### CÓMO SE REALIZA

La operación se realiza bajo anestesia general o anestesia raquídea, se extirpa el sobrante dermograso, se recoloca el ombligo y en ocasiones se retensa la pared abdominal. Si hubiera hernias o eventraciones se podrían corregir colocando una malla si fuera preciso.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Una cicatriz que recorre toda la parte inferior del abdomen, pasando justo por encima del vello pubiano o púbico, pero queda oculta bajo la ropa interior. A veces la cicatriz hay que llevarla hasta las zonas laterales e incluso lumbares para poder extirpar todo el excedente dermograso. Una cicatriz alrededor del ombligo recolocado.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En haber extirpado el faldón dermograso con la consiguiente mejoría funcional y estética.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

Cicatrización cutánea: Quedarán cicatrices en la zona inferior del abdomen y en la zona periumbilical (al lado del ombligo). En casos raros pueden producirse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser antiestéticas, de diferentes tamaños y volúmenes o de color diferente al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal, incluyendo cirugía.

- Retardo en la cicatrización. La apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles. Algunas zonas del abdomen pueden no cicatrizar normalmente, y pueden tardar bastante tiempo en curar.
- Necrosis: algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede requerir cambios frecuentes de vendaje, o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.
- Seroma: Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del fluido.
- Dehiscencia o apertura de la herida: Por tensión de los bordes de la herida, necrosis o infección, puede darse una dehiscencia, que requeriría para su solución una nueva intervención.
- Cambios de la sensibilidad cutánea. La disminución o pérdida de la sensibilidad cutánea en la zona inferior del abdomen puede no recuperarse del todo después de la abdominoplastia.
- Dolor: Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de atrapamiento de nervios en tejido cicatricial después de la intervención.
- Irregularidades del contorno de la piel. Pueden producirse depresiones e irregularidades en la piel después de una abdominoplastia. También puede ocurrir fruncimiento visible y palpable de la piel.

- **LOS MÁS GRAVES:**
  - Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para cohibir el sangrado, y/o transfusión de sangre.
  - Hematoma: puede formarse siendo necesario drenarlo, aunque es poco frecuente.
  - Infección: La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.
  - Ombligo. Puede ocurrir malposición, cicatrización excesiva, apariencia antiestéticas o pérdida de este.

**OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO**

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podría tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico