

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DE GINECOMASTIA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN

Cirugía de Corrección de Ginecomastia, la Ginecomastia real es la presencia de tejido mamario en cantidad anormal en el hombre. Mediante este procedimiento se pretende extirpar este exceso. En ocasiones se puede reseca tejido graso circundante, sin embargo, esta cirugía no corrige el exceso de grasa en la región pectoral, que requeriría de otro procedimiento como la lipoaspiración de carácter estético. Se pueden realizar ambos procedimientos en un mismo tiempo, pero esto significa un costo asociado para el paciente. El abordaje habitualmente es peri areolar, pero puede variar dependiendo del tamaño de la glándula.

Habitualmente se requieren tratamientos postoperatorios para optimizar los resultados de la cirugía (kinesioterapia y prendas compresivas) que constituyen un costo adicional para el paciente.

El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella y es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados.

Si fuese necesario se le administrará un tratamiento médico para controlar algún grado de dolor post anestésico después de la intervención.

Cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones o en algunos casos la suspensión del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse **efectos indeseables y complicaciones**, tanto las comunes a toda intervención quirúrgica (infección de herida operatoria, hemorragia intra o postoperatoria, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, presencia de hematomas, entre otras) y aquellas complicaciones generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son infarto al miocardio, accidente cerebrovascular, arritmias intraoperatorias, neumonía, atelectasias,

insuficiencia respiratoria, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, **como otros específicos del procedimiento:**

Poco graves y frecuentes:

- **Infección** de la herida operatoria
- **Sangramiento:** puede producirse sangrado y/o colección de sangre bajo la piel que podría requerir otros procedimientos incluida nueva cirugía.
- **Seroma:** se podría producir acumulación de líquido bajo la piel. Esto podría requerir otros procedimientos incluida nueva cirugía.
- **Dolor** prolongado o alteraciones de la sensibilidad: se pueden producir alteraciones en la sensibilidad que en la mayoría de los casos se recupera en algunos meses. Sin embargo, podría ser permanente.
- **Cicatriz hipertrófica o retraída:** esto puede requerir tratamientos adicionales, incluida nueva cirugía.
- **Isquemia o necrosis** de la piel de la areola: puede producirse sufrimiento de la piel de la areola parcial o total. Esto podría requerir otros procedimientos incluida nueva cirugía.
- **Asimetría:** leves asimetrías son esperables. En la evolución de la cicatrización se podrían producir asimetrías que requieran nuevos procedimientos.

En Cirugía Plástica siempre está dentro de las posibilidades la necesidad de realizar procedimientos quirúrgicos complementarios o "retoques" para alcanzar un mejor resultado sin ser considerados una complicación. Esto significara un gasto adicional para el paciente.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) o rehabilitación, pero pueden llegar a requerir una reintervención quirúrgica.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

En su caso, la mejor opción de tratamiento es la quirúrgica y no existe otra alternativa de tratamiento eficaz.

CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: _____

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO (A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

YO _____ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **Cirugía de Corrección de Ginecomastia** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

DECLARO no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

DECLARO comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA CIRUGÍA DE CORRECCIÓN DE GINECOMASTIA, por el Dr.(a)_____. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	FECHA: ____/____/____	HORA:
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

INFORMACIÓN ENTREGADA POR: _____
(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)