

## 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)

HIPOTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA DERMOLIPECTOMÍA DE BRAZOS (eliminación del exceso de piel y grasa de los brazos)

---

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 Dermolipectomía de brazos y tiene como objetivo eliminar el exceso de piel y tejido graso de la cara interna de los brazos, cuando se ha perdido mucho peso.

Sirve para tensar la piel del brazo mejorando el contorno y evitar las molestias que provocan los excesos de grasa y piel al mover los brazos.

### CÓMO SE REALIZA

La operación se realiza bajo anestesia general y en ella se extirpan la piel y grasa sobrantes tanto a nivel horizontal como vertical.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Una cicatriz localizada en la cara interna del brazo que se prolonga hasta la axila incluso la puede rebasar. Esta cicatriz es visible y difícil de ocultar con la ropa.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En la ausencia de molestias al mover los brazos y en la mejora del volumen y contorno de los brazos.

### 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:

- La cicatrización en exceso y el ensanchamiento de las cicatrices es frecuente.
- En casos raros pueden producirse cicatrices anormales, inestéticas o de color diferente de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal incluyendo cirugía.
- La apertura de la herida o la cicatrización retardada son posibles. Algunas zonas pueden no cicatrizar normalmente, y pueden tardar bastante tiempo en curar. Algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede requerir curas frecuentes, o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.
- Pueden producirse depresiones e irregularidades en la piel. También puede ocurrir fruncimiento visible y palpable de la piel.
- La disminución o pérdida de la sensibilidad cutánea en la zona puede no recuperarse del todo después de la intervención.

#### • LOS MÁS GRAVES:

- 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.
- Es posible, pero poco frecuente, la formación de un acúmulo de sangre o hematoma que en ocasiones habrá que drenar.

- Son infrecuentes los acúmulos de líquido bajo la piel. Cuando ocurre este problema pueden requerirse tratamientos adicionales para el drenaje del fluido.
- Es infrecuente en este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.

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