

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la Ciudad de: _____ a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Yo _____ Mexicano(a), contando con ____ años de edad, con dirección en _____

Autorizo al Médico (a) _____ con especialidad en _____ para que realice: Una Cirugía de **BLEFAROPLASTIA**.

(Breve reseña del acto quirúrgico el cual va a realizarse a la o (el) paciente)

La Blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico cuyo fin es eliminar el exceso de piel y musculo de los párpados, tanto superiores como inferiores, así como el tejido graso subyacente.

La blefaroplastia puede mejorar la piel flácida y las bolsas, y puede ayudar a mejorar la visión en personas mayores que presentan un exceso importante de párpado superior que cae sobre la pupila. Aunque puede crear un pliegue en el párpado superior de un ojo de tipo asiático, no borrara la evidencia de los rasgos raciales o étnicos.

La blefaroplastia es diseñada individualmente para cada paciente, dependiendo de sus necesidades particulares Puede realizarse de forma aislada para los párpados superiores, inferiores o ambos, o en combinación con otros procedimientos quirúrgicos sobre los ojos, cara, ceja o nariz.

La cirugía de los párpados no puede detener el proceso de envejecimiento, pero puede, disminuir el aspecto de la piel flácida y bolsas en la región de los párpados.

Nombre completo y firma del paciente si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vinculo que se encuentre presente, o del tutor o representante legal (Debe escribir el paciente de su puño y letra y anotar también de puño y letra el nombre del cónyuge o persona responsable, los dos padres de los _____ menores _____ o _____ tutor _____ legal)

Edad _____ Sexo _____

Dirección: _____

_____.

Nombre completo y firma del médico(a) que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado número de cedula profesional y de especialidad.

Nombre completo y firma de testigo

Nombre completo y firma de testigo

El que suscribe Dr.(a). _____ con especialidad en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, que ejerce la profesión dentro del marco legal establecido en la República Mexicana, con registro en profesiones número _____ y con cedula de especialidad número _____ con domicilio fiscal para oír y recibir notificaciones en _____

Y que ejerce la especialidad en el hospital _____

Ante Ud. Y de la manera más atenta expreso:

En cumplimiento de la Norma oficial NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y en consecuencia al artículo 15 del Código Penal Federal vigente se realiza este consentimiento informado.

Quienes con nuestras firmas validamos este documento, manifestamos que con un lenguaje simple, el médico explico el plan de manejo propuesto y aclaro cada una de las preguntas que el paciente planteo, de tal forma que para ambos queda perfectamente claro que tomando en consideración las características personales, individuales del paciente, el acto médico que se requiere, consistente en lo que a continuación se expresa:

Diagnóstico: **BLEFAROCALASIA**

Acto quirúrgico que se propone: **BLEFAROPLASTIA.**

(Nombre y Firma de puño y letra del paciente) _____

Consentimiento informado para Blefaroplastia.

El paciente y/o su representante legal hace constar y manifiesta que:

Como un hecho sobresaliente debe señalarse que la explicación del médico fue lo suficientemente clara para evidenciar los beneficios que el acto médico

propuesto le ofrece al paciente respecto a otras opciones de manejo, sobresaliendo particularmente las siguientes ventajas positivas del procedimiento de atención antes mencionado.

BLEFAROPLASTIA

Declaro bajo protesta de decir verdad que se me ha explicado de manera amplia y detallada el procedimiento al cual seré sometido(a), y se han contestado todas las preguntas que han surgido como dudas durante la explicación que el medico antes referido me ha brindado, así mismo, declaro que no existe ninguna duda sobre el procedimiento que me será efectuado, por lo que reconozco que dentro de los riesgos que se me explicaron fueron los siguientes:

RIESGOS DE LA CIRUGIA DE BLEFAROPLASTIA

Cualquier procedimiento quirúrgico entraña un cierto grado de riesgo y es importante que Ud. Comprenda los riesgos asociados. La decisión individual de someterse a una intervención quirúrgica se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de las mujeres y/o hombres no experimentan las siguientes complicaciones, usted debe de conocer y considerar cada una de ellas para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de la **BLEFAROPLASTIA**

-Hemorragia: Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. El sangrado puede ocurrir debajo de la piel o internamente del globo ocular. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento o cirugía de urgencia. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía puesto que puede aumentar el riesgo de sangrado. La hipertensión (aumento de la presión sanguínea) que no está bien controlada medicamente puede causar sangrado durante o después de la cirugía. Los cúmulos de sangre bajo los párpados pueden retrasar la curación y causar cicatrización excesiva.

-Infección: Después de la cirugía es muy rara. Si ocurre una infección, puede ser necesario tratamiento adicional incluyendo antibióticos.

-Cicatrización: Aunque se espera una buena curación de la herida del procedimiento quirúrgico, pueden darse cicatrices anormales tanto en los párpados como en los tejidos profundos.

En casos raros pueden resultar cicatrices anormales que pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Existe la posibilidad de marcas visibles en el párpado o pequeños quistes cutáneos causados por las suturas. Puede necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.

-Problemas de sequedad ocular: Después de una blefaroplastia pueden quedar alteraciones permanentes en la producción de lágrimas. Es raro que ocurra este hecho, y no es enteramente predecible. Los individuos que tienen habitualmente sequedad ocular deben tener precaución especial a la hora de considerar someterse a una blefaroplastia.

-Asimetría: La cara humana y la región de los párpados es asimétrica normalmente. Puede existir variación entre los dos lados después de una blefaroplastia.

-Dolor Crónico: Un dolor de forma crónica tras una blefaroplastia es muy infrecuente.

-Alteraciones de la piel: Cáncer de piel. La blefaroplastia es un procedimiento quirúrgico que tensa la piel flácida y las estructuras profundas del párpado. Las enfermedades y el cáncer de piel pueden desarrollarse independientemente de que se haya realizado cirugía en el párpado.

-Ectropión: La separación entre el párpado inferior y el globo ocular es una complicación rara. Puede necesitarse cirugía adicional para corregir esta alteración.

-Problemas de exposición corneal: Algunos pacientes experimentan dificultad en cerrar los párpados después de la cirugía pueden desarrollarse problemas en la córnea por desecación. Si ocurre esta rara complicación, pueden ser necesarios tratamientos o cirugía adicional.

-Reacciones alérgicas: En casos raros se han descrito alergias locales al esparadrapo, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden ocurrir por medicaciones utilizadas durante la cirugía o establecidas posteriormente. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

-Pérdida de pestañas: Puede ocurrir en el párpado inferior, donde se eleva la piel durante la cirugía. La ocurrencia de este hecho no es predecible. La pérdida puede ser temporal o permanente.

-Cicatrización retardada: Existe la posibilidad de apertura de la herida o retraso en la cicatrización.

-Efectos a largo plazo: Pueden ocurrir alteraciones subsecuentes en el aspecto del párpado como resultado del envejecimiento, pérdidas o ganancia de peso, exposición al sol, u otras circunstancias no relacionadas con la cirugía. La blefaroplastia no detiene el proceso de envejecimiento, ni produce estiramiento permanente de la región de los párpados. Puede requerirse cirugía en un futuro u otros tratamientos para mantener los resultados de una blefaroplastia.

-Anestesia: Tanto la anestesia local como general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia o sedación quirúrgica.

Igualmente se manifiesta que tomando en cuenta las características personales del paciente, el médico describió las complicaciones probables que la literatura médica reporta específicamente para el acto médico que se propone y que después de relacionarlos con los beneficios antes descritos, conjuntamente con el paciente deciden el desarrollo del acto médico quirúrgico propuesto, aceptando que se conocen como posibles riesgos los siguientes: Se precisa que se pueden presentar efectos indeseables, derivados de cualquier intervención, como los específicos del procedimiento que se realiza, que pueden llevar a la afectación de órganos. Así mismo, la existencia de riesgos inmediatos, riesgos secundarios y riesgos personalizados (estos últimos en relación a las condiciones propias del paciente y observadas en su valoración médica y de diagnóstico).

Nombre completo y firma del paciente si su estado de salud lo permite, en caso de que su estado de salud no le permita firmar y emitir su consentimiento deberá asentarse el nombre completo y firma del familiar más cercano en vínculo que se encuentre presente, o del tutor o representante legal (Debe escribir el paciente de su puño y letra y anotar también de puño y letra el nombre del cónyuge o persona responsable, los dos padres de los _____ menores _____ o _____ tutor _____ legal)

_____ Edad _____ Sexo _____

Dirección: _____

Nombre completo y firma del médico(a) que proporciona la información y recaba el consentimiento para el acto específico que fue otorgado número de cedula profesional y de especialidad.

Nombre completo y firma de testigo

Nombre completo y firma de testigo

BENEFICIOS DE LA CIRUGIA

En forma complementaria se manifiesta también, que el médico explico el significado de la libertad prescriptiva que solicita como autorización de tal forma que si el paciente decide otorgar su consentimiento, el médico tratante queda facultado para actuar y resolver la contingencia o urgencia que eventualmente se pudiera presentar, así como para actuar o dejar de hacerlo, si así requiere o hay riesgos. Lo anterior, derivado del acto médico autorizado.

El paciente manifiesta que se le ha informado que la BLEFAROPLASTIA es una operación quirúrgica electiva, y la alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención y utilizar tratamientos alternativos de la piel, así mismo se le ha informado que existen muchas condiciones variables que pueden influenciar los resultados a largo plazo del acto quirúrgico que se menciona. Puede necesitarse cirugía secundaria para realizar una corrección adicional. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que puedan obtenerse.

El paciente manifiesta que el médico le explico suficientemente, que en caso de aceptar el acto médico propuesto, cuenta con la absoluta libertad para revocar este consentimiento en el momento que así lo considere pertinente, siempre que el procedimiento no se encuentre realizado, reiterando así so absoluto respeto a la libre toma de decisiones.

Firma del paciente (autógrafa en azul) _____

Consentimiento informado para BLEFAROPLASTIA

Refrendo que he leído y comprendido totalmente este documento, las explicaciones al respecto, así como que los espacios en blanco han sido rellenados antes de firmar, y en tal circunstancia, otorgo mi consentimiento para que se me realice el procedimiento de BLEFAROPLASTIA.

El paciente hace constar que la información que le ha proporcionado el médico tratante, es suficiente para razonadamente tomar su decisión sobre el

consentimiento solicitado, y la manifiesta libremente con su nombre y firma en el espacio correspondiente.

El paciente solicitante o responsable legal, se hará cargo de cubrir todos los honorarios médicos que se causen, y los correspondientes a servicios y materiales médicos y de curación en que se incurran durante el tratamiento solicitado según el presupuesto adjunto.

En el entendido que es necesario la toma de fotografías, videos antes, durante y después del procedimiento autorizo al Dr. (a). _____ o a quien el considere la toma de las mismas y su uso para fines del expediente clínico fotográfico, de enseñanza, presentaciones en Congresos, así como para cualquier otro fin que no sea en detrimento de mi persona y dignidad.

Así mismo autorizo al personal del Hospital en que se llevara a cabo el procedimiento descrito en esta carta de consentimiento, para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva.

Lo anterior para dar cumplimiento de la Norma Oficial NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico y dar cumplimiento al artículo 15 del Código Penal Federal vigente se realiza este consentimiento informado.

Por lo señalado anteriormente, otorgo mi consentimiento de manera libre y voluntaria para los efectos señalados en las páginas anteriores y firma tanto quien emite el presente consentimiento como el medico encargado del procedimiento y los testigos, en todas y cada una de las hojas que integran el presente consentimiento bajo información.

Nombre, Firma y Huella digital del paciente

Nombre, Firma y Huella digital del Representante Legal

Nombre y firma del medico

Testigo Nombre, Firma y Huella digital

Testigo Nombre, Firma y Huella digital

El presente Consentimiento se firma en México, D.F. a los _____ días del mes de _____ de 201___. Copia para el paciente y original para el Expediente Clínico.