

## 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 **EXCERESIS QUIRÚRGICA MAS LIPOSUCCION Y RESECCION CUTANEA.**

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

La GINECOMASTIA es un aumento del tamaño de la glándula mamaria en el hombre. Su etiología es variada, asociada principalmente a un hiperestrogenismo, aunque en muchos casos es idiopática. Esta anomalía produce una deformidad de carácter estético que provoca alteraciones de orden psicológico en el paciente.

El objetivo del tratamiento quirúrgico es conseguir un aspecto normal del tórax masculino, con la menor cicatriz posible. La técnica quirúrgica dependerá principalmente del grado de la Ginecomastia y de la distribución y proporción de los diversos componentes (graso y parenquimatoso) de la mama, existiendo varias alternativas: exéresis quirúrgica simple; liposucción simple; exéresis quirúrgica más liposucción y exéresis quirúrgica más resección cutánea.

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

El que suscribe Dr<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ 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: GINECOMASTIA**

**Acto quirúrgico que se propone: EXCERESIS QUIRURGICA MAS LIPOSUCCION Y RESECCION CUTANEA.**

(Nombre y Firma de puño y letra del paciente) \_\_\_\_\_

Consentimiento informado para EXERESIS QUIRURGICA DE LA MAMA MACULINA

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.

### **EXERESIS QUIRURGICA DE LA MAMA MASCULINA**

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 LA EXERESIS QUIRURGICA DE LA MAMA MASCULINA**

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 cirugía de GINECOMASTIA.

-Hemorragia: Es posible, aunque raro, que se presente un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. Si se desarrolla una hemorragia postoperatoria, puede requerir tratamiento o cirugía de urgencia para extraer la sangre acumulada. No debe tomar aspirina o antiinflamatorios desde 10 días antes de la cirugía puesto que puede aumentar el riesgo de sangrado.

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

-Cambios en la sensibilidad del pezón y la piel: Puede experimentarse un cambio en la sensibilidad de los pezones y la piel de alrededor. Puede ocurrir perdida permanente de la sensibilidad tras una cirugía de Ginecomastia en uno o en ambos pezones.

-Cicatrices cutáneas: Todas las cirugías dejan cicatrices. La calidad de estas cicatrices es impredecible. Pueden producirse cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. En algunos casos puede requerirse revisión quirúrgica u otros tratamientos.

-Dolor: Las cicatrices anormales en la piel o tejidos profundos de la mama pueden producir dolor. Generalmente se soluciona por si solo de manera espontánea, con el paso del tiempo.

-Firmeza: Una excesiva firmeza de la mama puede ocurrir tras la cirugía debido a la cicatrización interna o necrosis grasa. La ocurrencia de este hecho de este hecho no es predecible. Si aparece un área de necrosis grasa o cicatriz puede requerir una biopsia o tratamiento quirúrgico adicional.

-Retraso en la cicatrización: Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retardada. Algunas zonas de la piel mamaria o de la región del pezón pueden no curar normalmente y tardar un tiempo largo en cicatrizar. Es incluso posible sufrir pérdida de la piel o tejido del pezón, lo que puede requerir cambios frecuentes del vendaje o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.

-Los fumadores tienen un riesgo mayor de pérdida de la piel o de complicaciones de la cicatrización.

-Asimetría: Cierta grado de asimetría pectoral o mamaria ocurre de forma natural en algunos hombres. También pueden ocurrir diferencias en la forma de la mama o el pezón, tamaño o simetría tras la cirugía. Puede necesitarse cirugía adicional para revisar una asimetría después de la cirugía de Ginecomastia.

-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.

-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 medico 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 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

## **BENEFICIOS DE LA CIRUGIA**

En forma complementaria se manifiesta también, que el medico 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 EXCERESIS QUIRURGICA DE LA MAMA MASCULINA es una operación quirúrgica

electiva, y la alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención o utilizar un tratamiento quirúrgico alternativo con LIPOSUCCIÓN, 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 EXCERESIS QUIRURGICA DE AL MAMA MASCULINA

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 EXCERESIS QUIRURGICA DE LA MAMA MASCULINA

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/o Huella digital del paciente

---

Nombre, Firma y/o Huella digital del Representante Legal

---

Nombre y firma del medico

---

Testigo Nombre, Firma y/o Huella digital

---

Testigo Nombre, Firma y/o 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.