

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 **EXTIRPACION DE LAS BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT (BICHECTOMIA)**.

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

La cara es un mundo intrincado de funciones y estética posee entre tantas estructuras los llamados músculos de la masticación.

Al ser activados los músculos de la masticación un grupo provoca la apertura de la boca, otro grupo el cierre de la boca y el otro el abate amiento de la boca de un lado a otro.

Los músculos de la masticación que producen el cierre de la boca, se encuentran ubicados a cada lado de la cara y unen el cráneo con la mandíbula y la cara con la mandíbula. Para que este grupo muscular musculo opere con fácil deslizamiento necesitan de una almohadilla de grasa que se llama **Bolsa Adiposa de Bichat**. Estas las poseen todos los seres humanos y en la gran mayoría de la población no son notorias, sin embargo existe un grupo muy reducido de personas cuya Bolsa Adiposa de Bichat es muy evidente dando la sensación de cara redonda con mejillas sin delimitación de los malares y la mandíbula.

La estética facial guarda ciertos parámetros y en esa búsqueda de la armonía acuden pacientes con el deseo de reducir el volumen de sus mejillas, y si este es susceptible a ser modificado con una BICHECTOMIA, entonces la cirugía es el plan a seguir.

La Extirpación de las Bolsas de Bichat es una técnica quirúrgica para adelgazar la zona media de la cara. Puede ser realizada como un

procedimiento primario para mejorar el contorno facial, o en combinación con otras técnicas quirúrgicas como el lifting facial.

Para la Bichectomia el paciente debe de estar sano con resultados de exámenes de laboratorio normales, la cirugía se realiza en el quirófano con anestesia local y/o sedación y a través de una pequeña incisión a cada lado de la mucosa del carrillo se extrae la grasa, se suturan las heridas con hilo absorbible y es ambulatoria.

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 numero _____ 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 medico 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: BOLSA ADIPOSA DE BICHAT

Acto quirúrgico que se propone: **EXTIRPACION DE LAS BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT (BICHECTOMIA).**

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

Consentimiento informado para EXTIRPACION DE LAS BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT.

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.

EXTIRPACION DE LAS BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAR

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 BICHECTOMIA

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 BICHECTOMIA.

-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.

-Lesión de la glándula parótida y su conducto excretor: Es posible, aunque muy raro la lesión del conducto de Stenon en la zona de su desembocadura a la cavidad oral. Pueden requerirse cirugía o procedimientos adicionales para resolver la lesión intraquirúrgica del conducto de Stenon.

-Cambios en la sensibilidad la piel: Pueden ocurrir cambios temporales en la sensibilidad cutánea después de una Extirpación de las Bolsas Adiposas de Bichat, que habitualmente se resuelven. La disminución o pérdida completa de la sensibilidad cutánea ocurre infrecuentemente y pueden no resolverse totalmente.

-Cicatrización: Las incisiones se encuentran en la mucosa bucal, dentro de la boca, y quedan totalmente escondidas.

-Irregularidad del contorno de la piel: Pueden ocurrir irregularidades de contorno y depresiones de la piel después de una Extirpación de la Bolsas Adiposas de Bichat.

-Asimetría: Pueden no conseguirse un aspecto totalmente simétrico de la cara tras la Extirpación de las Bolsas Adiposas de Bichat. Factores como el tono de la piel, prominencias Oseas, y tono muscular, pueden contribuir a una muy ligera asimetría normal en los rasgos faciales.

-Efectos a largo plazo: Pueden ocurrir alteraciones posteriores en el contorno facial como resultado del envejecimiento: la frecuente atrofia grasa del envejecimiento puede exagerar el resultado de la Bichectomia. La pérdida o ganancia de peso, embarazo, toma de medicamentos de manera continua u

otras circunstancias no relacionadas con la Bichectomia pueden alterar la forma de la cara.

-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 EXTIRPACION DE LAS BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT es una operación quirúrgica electiva, y la alternativa podría consistir en no llevar a cabo la intervención o utilizar un tratamiento alternativo con régimen de Dieta y ejercicio beneficioso en la reducción global del exceso de grasa corporal, 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 (autógrafo en azul) _____

Consentimiento informado para EXTIRPACION DE LAS BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT

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 EXTIRPACION DE LAS BOLSAS ADIPOSAS DE BICHAT

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.