

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE REVISIÓN DE CICATRIZ**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....

Yo..... hago saber que fui informada/o en términos claros y sencillos que debido a la presencia de una cicatriz en ....., y a fin de intentar mejorar su apariencia me fue propuesto realizar el procedimiento conocido como REVISIÓN DE CICATRIZ.

- 1.** Se me ha explicado y he comprendido que el procedimiento mencionado tiene por objetivo corregir y/o mejorar la apariencia de una cicatriz que presento en ..... teniendo en cuenta y reconociendo que NO se me ha garantizado el resultado deseado.
- 2.** Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestesiólogo y que en mi caso se utilizará anestesia.....autorizando a la colocación de accesos vasculares. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.
- 3.** Asimismo, hago saber que se me ha dado la oportunidad de efectuar todas aquellas preguntas que consideré pertinentes al respecto, las cuales me han sido respondidas en forma satisfactoria.
- 4.** Se me ha explicado y he comprendido que la alternativa al tratamiento propuesto es la no realización de este, siendo que en mi caso en particular se sugiere la realización de este.
- 5.** Por otra parte, se me ha expuesto que puedo presentar distintas complicaciones o eventos adversos, los cuales son los propios de todo procedimiento invasivo, así como aquellos relacionados con el estado vital del paciente. A modo ejemplificativo me fueron mencionadas alguna de las complicaciones que podría presentar: presencia de hematoma o enrojecimiento en los sitios quirúrgicos, edema debido a un proceso inflamatorio local, infección, sangrado, cambios de la coloración de la piel, la necesidad de una reintervención quirúrgica, trastornos temporales o permanentes de la sensibilidad, intolerancia y rechazo a los materiales de sutura, cicatriz residual al procedimiento, etc.
- 6.** Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas, por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.
- 7.** Soy consciente que la Medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que a pesar de que el médico me ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención de este.
- 8.** Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica definitiva; informando de manera

inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

**9.** Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico/a a: .....

**10.** Autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

**11.** He leído y entendido acabadamente el presente consentimiento, por lo que autorizo al profesional Dr/a: .....a efectuar la realización del procedimiento indicado.

**Firma del Paciente:** .....

**Documento:** .....

**Aclaración:** .....

**Firma del Médico:**.....

**Aclaración/Sello:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concuro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.

**Firma:** .....

**Aclaración:** .....

**Documento:** .....

**Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:** .....