

CONSENTIMIENTO PARA RINOPLASTIA

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

1. Yo....., con diagnóstico de....., habiéndome explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los alcances, objetivos y características del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a.**, y a su equipo quirúrgico, a realizar una intervención quirúrgica conocida como **RINOPLASTÍA** que se realizará en
2. Se me ha informado que la rinoplastia es la intervención quirúrgica tridimensional por la que se realiza un cambio de estructura de la nariz (tamaño, proyección, longitud, ancho). Esta cirugía también corrige, si los hubiere, problemas congénitos, secuelas de traumatismos, o alguna dificultad respiratoria. El objetivo es que a partir de pequeños retoques se logre una nariz de aspecto natural, que se integre de manera armoniosa al resto de la estructura facial.
3. Se me ha aclarado que la cirugía se realiza en el interior de la nariz, remodelando los cartílagos y/o huesos que la conforman, sin tocar la piel, porque ésta al ser elástica se adaptará a su nuevo contorno. Durante la cirugía, la piel de la nariz se separa de su soporte, compuesto por hueso y cartílago, que es esculpido con la forma deseada. Finalmente la piel es redistribuida sobre este nuevo soporte. En muchos casos este procedimiento se realiza desde dentro de la nariz, efectuando unas pequeñas incisiones en el interior de los orificios nasales. En algunos casos muy específicos se puede indicar una rinoplastia abierta. En ella, la incisión pequeña se realiza en la columela (zona vertical ubicada entre los orificios nasales).
4. La intervención enunciada me ha sido totalmente explicada por el cirujano, y estoy en conocimiento de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y/o intervención mencionada. El cirujano me ha planteado con total claridad cuales son las expectativas estéticas que son factibles de conseguir con la operación. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:
 - 4.1 En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.-
 - 4.2 Las complicaciones que pueden originarse en este tipo de intervención quirúrgica son las propias de toda cirugía, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas por la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación, a título ejemplificativo, las siguientes: inflamación, hematoma, seroma, (cicatrización queloide o hipertrófica), infección, necrosis, hemorragias, asimetría nasal, insuficiencia nasal, alteración en la olfacción, perforación septal, lesión de estructuras profundas (conductos lagrimales, nervios, vasos y músculos), pérdida de sensibilidad, dolor crónico.-
 - 4.3 Se me ha informado que ante la presentación de ciertas complicaciones, puede ser necesaria una nueva intervención quirúrgica y otros tratamientos.
 - 4.4 Numerosa bibliografía informa que el hábito de fumar tiene potenciales efectos adversos en los resultados de operaciones de cirugía estética, pudiendo producir alteraciones de la cicatrización y de la vitalidad de los tejidos movilizados. Por lo expuesto, se me ha recomendado, para el caso de ser fumador, el no hacerlo durante los treinta días anteriores y posteriores a la fecha de la operación.
5. Se me ha explicado que durante el curso de la operación condiciones especiales pueden necesitar medidas extra o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo y requiero que el Cirujano antes nombrado, o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional, incluyendo transfusión de sangre y/o hemoderivados, entendiendo los riesgos que implican tales procedimientos transfusionales. Así también autorizo a que el Cirujano o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-operatorio.
6. Estoy en conocimiento de que en la cirugía intervendrá un anestésico, y que en mi caso se utilizará anestesia....., autorizando a la colocación de accesos vasculares venosos y arteriales, así como la colocación de catéter Swan Ganz. Se me han informado además los riesgos y eventuales complicaciones propias del procedimiento anestésico.-

- 7 Se me ha informado acerca de lo previsto en el art. 2 inc. e) y art. 5 inc. g) y h) de la ley 26.529 (según modificaciones introducidas por la ley 26.742); y en consecuencia hago constar que (marcar "Sí o No") es mi voluntad que, en caso de presentarse durante o con posterioridad a la realización del procedimiento propuesto alguna complicación o daño que me provoque una enfermedad incurable o me coloque en estado terminal, **rechazar** cualquier procedimiento quirúrgico, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o medidas de soporte vital cuando éstas sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a la perspectiva de mejoría, o produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de mi estado terminal o irreversible, o bien produzcan un sufrimiento desmesurado en mi persona.
- 8 Soy consciente que la práctica de la Medicina, y la Cirugía plástica o estética en particular, no es una ciencia exacta, y reconozco que a pesar que el Cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención del mismo.-
- 9 Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución de la intervención a realizarse, cumpliendo fielmente los controles y cuidados post operatorios que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizada la cirugía, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al cirujano cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal del pos operatorio, de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.
- 10 Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:
- 11 Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad. -
- 12 Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.
- 13 He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo la cirugía indicada.

Firma del paciente:

Aclaración:..... **Documento:**

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.

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: