

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPOTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA RECONSTRUCCIÓN DEL PEZÓN

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

El proceso reconstructivo de la mama que usted ha iniciado se completa con la realización de una nueva intervención en la areola-pezones. Este puede confeccionarse inicialmente realizando un pequeño resalte en la piel del pecho para recrear el pezón y posteriormente realizando un injerto de piel extraído de la ingle o bien un tatuaje para recrear la areola.

##### CÓMO SE REALIZA

La operación se realiza bajo anestesia local, mediante diferentes técnicas quirúrgicas, se levanta un nuevo pezón, bien de la misma piel de la mama reconstruida, del otro pezón sano, o incluso del lóbulo de la oreja.

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

Una pequeña cicatriz y la obtención de un resalte cutáneo que hace las veces de pezón.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

En la mejoría del aspecto de la mama reconstruida, que se completará con la pigmentación de la areola.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

- Dolor: a pesar de la anestesia local puede sufrir dolor o molestias en la zona tratada.
- Cicatrización cutánea: En casos raros pueden producirse cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser inestéticas, retráctiles o de color diferente al de la piel circundante.
- Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal, incluyendo cirugía.
- Dehiscencia de sutura: Ocasionalmente las heridas quirúrgicas pueden abrirse y tardar bastante tiempo en cicatrizar.
- Pérdida total o parcial del pezón reconstruido: es poco frecuente, pero puede ocurrir, necesitando curas locales y en algunos casos cirugía adicional.

#### • LOS MÁS GRAVES:

- Anestesia: Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones, e incluso muerte, por cualquiera de las formas de anestesia o sedación.
- Reacciones alérgicas. Pueden ocurrir reacciones generales, que son más graves, frente a las medicaciones usadas durante la intervención. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante o después de la intervención.
- Infección: La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía. Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional

### OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.
- Se podría tomar muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico