

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO Lifting Cervico-Facial (RITIDECTOMIA)

FL-CDM-125

Rev.04

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE / CAUSAL DEL PROCEDIMIENTO: _____

OBJETIVO

El lifting o estiramiento facial es el procedimiento quirúrgico para mejorar los signos visibles del envejecimiento de la cara y el cuello. Conforme el individuo envejece, la piel de los músculos de la región de la cara empieza a perder tono. El lifting facial no puede detener el proceso de envejecimiento, pero puede mejorar los signos más visibles del envejecimiento mediante el tensado de las estructuras más profundas, la real adaptación de la piel de la cara y del cuello, y la extirpación de áreas seleccionadas de grasa.

CARACTERÍSTICAS DEL LIFTING CERVICO-FACIAL (RITIDECTOMIA) (En qué consiste)

Un lifting facial puede realizarse aisladamente, o en conjunto con otros procedimientos, como un lifting de cejas (frontal), liposucción, cirugía de los párpados o cirugía nasal. Un lifting facial se individualiza para cada paciente. El mejor candidato es el que tiene una cara y cuello que han empezado a relajarse, pero cuya piel tiene elasticidad y cuya estructura ósea está bien definido. También cabe la posibilidad de que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionar un tratamiento más adecuado.

RIESGOS POTENCIALES DEL LIFTING CERVICO-FACIAL (RITIDECTOMIA)

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, como tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad). Y los específicos del procedimiento:

- **Poco frecuentes y poco graves:** infección o sangrado de la herida quirúrgica, hematoma, dolor en la zona de operación, pérdida de pelo.
- **Poco frecuentes y graves:** dolor post operatorio prolongado por afectación nerviosa, lesiones de estructuras profundas como vasos sanguíneos y músculos, alteraciones y retazos en la cicatrización. Recuerde que los fumadores tienen un mayor riesgo de pérdida de piel y complicaciones de la cicatrización. Asimetría facial, alteraciones o cáncer de piel, reacciones alérgicas.
- Pueden ocurrir efectos a largo plazo en el aspecto de la cara como consecuencia del envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, exposición al sol.
- **Riesgos de todo procedimiento anestésico:** tales como flebitis, cuadros neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, suero, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención, en algunos casos de urgencia.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo el de la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

De cualquier forma, si ocurriera una complicación, debe saber que todos los médicos y profesionales de este centro están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Las formas alternativas de manejo consisten en tratar la laxitud de la cara y el cuello con un lifting facial (ritidectomía). Puede intentarse mejorar la laxitud cutánea, arrugas y depósitos grasos mediante peeling químicos faciales o la liposucción.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características de la intervención y sus potenciales riesgos.

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lifting Cervico-Facial (RITIDECTOMIA)

FL-CDM-125
Rev.04

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; **sin mencionar mi identidad.**

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones

DECLARO:

Que el/la Doctor/(a) _____ me ha explicado que es necesario proceder en mi situación a
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

un **Lifting Cervico-Facial (RITIDECTOMIA)**

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice un **Lifting Cervico-Facial (RITIDECTOMIA)**

en el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Firma Médico _____

RECHAZO:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

RECHAZO y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con un **Lifting Cervico-Facial (RITIDECTOMIA)** asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)

REVOCACION:

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del paciente)

o Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(1er Nombre y dos apellidos del Representante Legal o Familiar)

En calidad de _____ de _____
(Parentesco) (1er Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y **AUTORIZO** a proseguir con el _____

En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____

Firma Paciente o Representante Legal o Familiar _____

Nombre Médico _____ Firma del Médico _____
(1er nombre y 1er apellido y/o timbre del profesional)