

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-44

Ginecomastia

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 tratamiento quirúrgico de la GINECOMASTIA consiste en la extirpación del tejido mamario anormal

CARACTERÍSTICAS DE LA GINECOMASTIA (En qué consiste)

La GINECOMASTIA consiste en el crecimiento anormal de tejido mamario en la zona pectoral, agregado a la normal mamila en el hombre. Su aparición puede ocurrir en distintas épocas de la vida y algunas veces se asocia a otras condiciones mórbidas, uso de medicamentos o hábitos, por lo que habitualmente es necesario realizar exámenes complementarios previos a la decisión de la cirugía.

Es necesario también diferenciar la GINECOMASTIA VERDADERA de la SEUDOGINECOMASTIA, puesto que la primera es considerada una condición patológica y su cirugía reparadora, a diferencia de la SEUDOGINECOMASTIA, que corresponde a acumulo de tejido graso (y no mamario) en la zona pectoral y cuyo tratamiento quirúrgico es de resorte de la cirugía plástica cosmética.

La extirpación del tejido habitualmente es por vía periareolar, pero en ocasiones es necesario extender esa incisión para el logro del mejor resultado. Es posible que deba dejarse un drenaje en la zona operatoria, que evacuará el líquido serohemático que fluye de ésta y que será retirado de acuerdo a la cantidad diaria evacuada. Es posible también que se requiera el uso de una venda peritorácica para el mejor manejo de la zona operatoria, así como para obtener un mejor resultado y reducir la incidencia de serosas.

RIESGOS POTENCIALES DE LA GINECOMASTIA

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos como:

- Sangrado en el postoperatorio inmediato que obligue a la revisión de la intervención; infección superficial de las heridas; necrosis parcial o total de la zona areolar; dolor prolongado en la zona de la operación y aparición de seromas (acúmulo de líquido en la zona operatoria) aun después del uso de drenajes.
- Riesgos de todo procedimiento anestésico: tales como flebitis, cuadro neurológicos, cardiovasculares, respiratorios, dentales y alérgicos.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico, pero pueden llegar a requerir curaciones o punciones sucesivas, una reintervención, incluyendo un riesgo mínimo de mortalidad.

También sé que cabe la posibilidad que durante la cirugía haya que realizar modificaciones del procedimiento por los hallazgos intraoperatorios para proporcionarme el tratamiento más adecuado.

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY

Consideramos necesario que se realice una intervención quirúrgica y que la más adecuada en su caso es la propuesta frente a otras alternativas existentes.

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.

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

FORMULARIO PARA REGISTRO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

FL-CDM-44

Ginecomastia

Rev. 04

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)

una **Ginecomastia**.

Y en tales condiciones **CONSIENTO** que se me realice una **Ginecomastia**.

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 una **Ginecomastia** 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)

REVOCAACION:

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)