



**SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLASTICA DE BUENOS AIRES
ASOCIACIÓN MEDICA ARGENTINA**



SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA
DE BUENOS AIRES

CONSENTIMIENTO PARA INTERVENCIONES QUIRURGICAS

Fecha.....

Paciente (nombre y apellido).....

Edad.....DNI.....Historia Clínica

No.....

Dirección.....

.....Teléfono.....

1. Yo por la presente autorizo al Dr. Andres Castro y a su equipo quirúrgico a realizar la operación conocida como

.....

en.....

(nombre y apellido del paciente o en mi persona)

2. La intervención mencionada me ha sido totalmente explicada por el cirujano, entendiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención.

Los siguientes puntos me han sido especialmente aclarados:

a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, tomándose los recaudos necesarios para que ésta sea lo menos notable posible.

b) Todos los pacientes fumadores tienen un riesgo incrementado de sufrimiento de la piel de la región operada.

c) Las complicaciones que pueden originarse por intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica son similares a las de cualquier otro tipo de operación y podrán ser tales como: inflamación, decoloración de la piel, hematoma, trastornos de la sensibilidad nerviosa, tejido cicatrizal anormal, infección, esclerosis, etc

.....
3. Reconozco que durante el curso de la operación, condiciones imprevistas pueden necesitar intervenciones extras o diferentes de las acordadas anteriormente, por lo tanto autorizo y requiero que el cirujano antes nombrado, o quién el designe, realice las intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional incluyendo procedimientos como estudios anátomo-patológicos, radiografías, transfusiones de sangre, etc. La autorización concedida se extenderá para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.

4. Doy mi consentimiento a la administración de anestesia, aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de un especialista en anestesia con la excepción de.....

.....

(ninguna o alguna en particular)

5. Soy conciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco de que a pesar que el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, acepto que escapa de las posibilidades del cirujano garantizar dichos resultados.

6. Doy mi consentimiento a ser fotografiado o filmado antes, durante y después del tratamiento siendo este material propiedad del cirujano y podrá ser publicado en revistas científicas y/o ser expuesto con propósitos médicos educacionales.

7. Autorizo a que el cirujano o quién el designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio.

8. Acepto cooperar con los cuidados postoperatorios indicados por el cirujano y su equipo, hasta poseer el alta médica definitiva.

9. Doy fé de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico quirúrgicos ni ser alérgico excepto a.....

.....

.....

10. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al cirujano nombrado a realizarme la cirugía mencionada. En prueba de conformidad con todo lo expuesto, suscribo el presente en presencia de.....

.....

testigo de este acto, quien también firma al pie.

El paciente -a continuación- escribe de puño y letra el siguiente texto:

“Dejo constancia que comprendí el contenido de este consentimiento”.

.....

.....

.....
.....

FIRMA.....

FIRMA.....

PACIENTE.....

CIRUJANO.....

FIRMA.....

TESTIGO.....

DNI.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR

El paciente es un menor de años de edad y nosotros los firmantes somos:
los padres, Tutor (es) o encargado (s) del paciente y por la presente autorizamos a él.