

## CONSENTIMIENTO, INFORMACIÓN Y ACLARACIONES AL PACIENTE

\_\_\_\_\_, identificado (a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_, estando en pleno uso de mis facultades mentales, declaro de manera libre, voluntaria y espontánea, para los debidos fines, que estoy de acuerdo en someterme al procedimiento y/o los procedimientos denominado (s) \_\_\_\_\_, y todos los procedimientos inherentes al mismo los cuales serán practicados por el doctor \_\_\_\_\_ y el equipo de salud que éste asigne.

Declaro además que el procedimiento de este tratamiento me ha sido debidamente explicado, dándome la oportunidad de realizar todas las preguntas pertinentes, habiendo recibido al mismo tiempo **instrucciones por escrito** que deberán ser seguidas durante el todo el tratamiento.

### 1. EN QUE CONSISTE EL TRATAMIENTO:

(Conceptualizar en un lenguaje claro y accesible, con sus metas y objetivos).

---

---

### 2. PRINCIPALES COMPLICACIONES MÉDICAS INHERENTES AL TRATAMIENTO.

Manifiesto que debidamente fui informada y explicada sobre las complicaciones inherentes al procedimiento, entre las cuales se destacan:

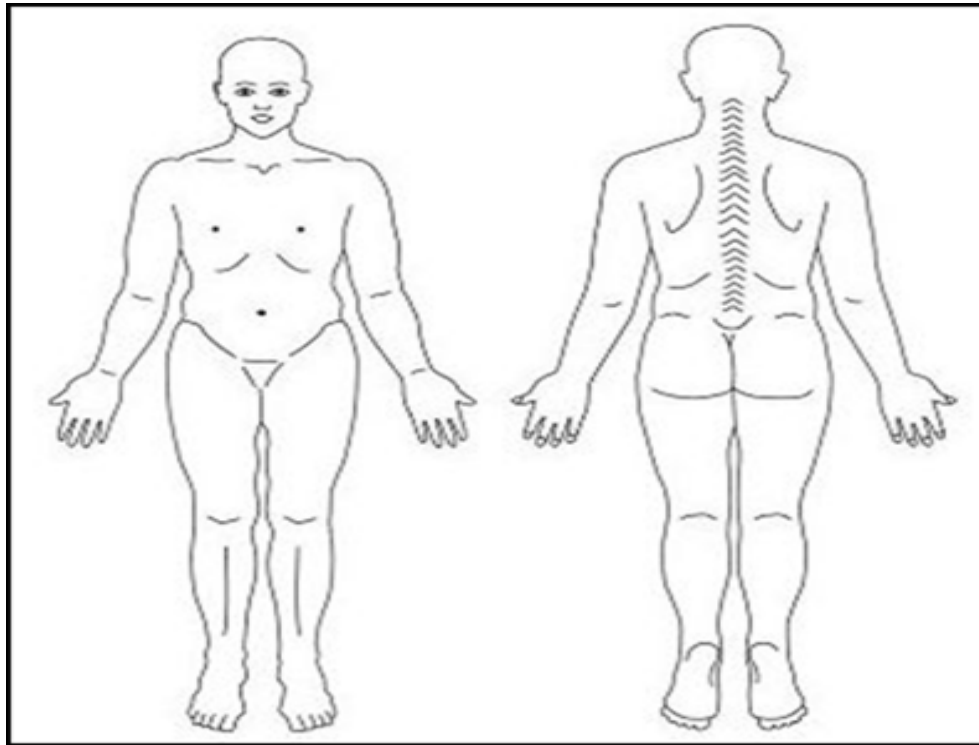
- a. Como resultado de la cirugía existirá una cicatriz que será permanente. Todos los esfuerzos serán para disminuir y/o disimular la cicatriz, cuando esto sea posible o aplicable, con el fin de tornarla lo menos evidente posible.
- b. Podrá haber complicaciones inherentes a la cicatriz como hipertrofia (cicatriz aumentada), hiperpigmentación (oscurecimiento), infección, absceso, dehiscencia de sutura (abertura de los puntos que cierran la herida quirúrgica) necrosis de la piel.
- c. Podrá haber inflamación en las áreas operadas, que permanecerá por días, semanas, o menos frecuentemente por meses.
- d. Podrá haber manchas más claras (hipopigmentación) u oscuras (pigmentación) de al piel, que permanecerán por semanas, menos frecuentemente por meses y en algunos casos podrán ser permanentes.
- e. Podrá haber líquidos, sangre y/o secreciones acumuladas en las áreas operadas seroma – hematoma), pudiendo ser necesario el tratamiento por medio de drenaje, aspiración, punción, curación, medicaciones, apósito, o incluso cirugía, en uno o más tiempos quirúrgicos (etapas).
- f. Cicatriz inestética: El resultado definitivo del procedimiento, aparecerá después de un período que generalmente varía de seis (6) meses a un (1) año después del procedimiento, pues es necesario esperar la recuperación completa del proceso inflamatorio, cicatrización

y acomodación de la piel; las cicatrices presentan una coloración oscura al inicio que se puede ir aclarando con el transcurso del tiempo generalmente entre seis (6) meses aun (1) año posterior a la cirugía; la recuperación de la inflamación y de la cicatrización dependen también del metabolismo, constitución individual y/o genética del paciente.

- g. En el caso de implantes mamarios y en otro tipo de implantes la literatura médica actual demuestra un incremento en el riesgo de un tipo de cáncer de mama raro llamado linfoma anaplásico de células gigantes en mujeres portadoras de prótesis mamarias, asociado a la capsula de los implantes y que responde al retirar la capsula y sin necesidad de quimioterapia o radioterapia.
- h. Es posible que presente déficit del sistema inmunológico, lo cual puede aumentar el riesgo de contagio frente a enfermedades tipo Covid-19, para lo cual se han tomado las medidas necesarias para mitigar el riesgo de contagio, sin embargo, el mismo existe y usted puede verse contagiado posterior a la cirugía, atendiendo a lo anterior se le hace entrega de un instructivo especial para mitigar el riesgo de contagio, y en el extremo que éste se presente es necesario advertir que se deberán tomar las medidas sanitarias necesarias para salvaguardar su salud, la del equipo de salud y la de la comunidad, principalmente el aislamiento del paciente por períodos indeterminados de tiempo y la toma de conductas y procedimientos médicos para el manejo de la enfermedad; lo anterior puede afectar el buen desarrollo del posoperatorio inmediato, puede comprometer el objetivo de la misma y comprometer de manera importante su salud.

### 3. DEL ÁREA DE LA CIRUGÍA Y DE LAS CICATRICES.

Declaro que de acuerdo con el cuadro abajo estoy consciente del área donde va a ser realizada mi cirugía, así como entiendo que habrá una cicatriz como consecuencia de la misma, que podrá haber complicaciones inherentes a mi propio organismo o como consecuencia de mis hábitos alimenticios, sociales y a mi metabolismo.



#### 4. CUIDADOS QUE DEBERAN SER TENIDOS ANTES Y DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO.

Antes de la realización del referido procedimiento estoy consciente que debo tener los siguientes cuidados.

- a. No fumar, no ingerir bebidas alcohólicas, no consumir sustancias psicotrópicas o alucinógenas, todas las anteriores con una antelación mínima de \_\_\_\_ (00) horas antes de la cirugía.
- b. Suspender el uso de medicación anticoncepcional 30 días antes de la cirugía.
- c. Suspender medicamentos anticoagulantes como la aspirina, aspirineta, (ácido acetil salicílico) u otros semejantes, así como todos los medicamentos que mi médico tratante me indique con una antelación de \_\_\_\_ (00) días antes de la cirugía.
- d. Realizar ayuno completo 8-10 horas antes de la realización de los exámenes pre-quirúrgicos y del procedimiento (es prohibido ingerir inclusive agua). Subsumida en literal b, quitar pues
- e. Suspender el uso de medicamentos como Gingo Biloba, productos de Herbalife y demás medicamento y/o productos naturistas con una antelación de \_\_\_\_ (00) \_\_\_\_ días antes de la cirugía.
- f. Queda expresamente prohibido estar con las uñas pintadas, portando bisutería o joyas, maquillaje o cualquier otro accesorio el día de la cirugía.

Después del tratamiento estoy consciente que debo tener los siguientes cuidados: (son las mismas indicaciones posquirúrgicas y signos de alarma que se registran en la historia clínica).

- a. \_\_\_\_\_.

- b. \_\_\_\_\_.
- c. \_\_\_\_\_.
- d. De igual manera he sido enterado (a) de la prohibición de realizar viajes aéreos o terrestres cuya duración sea de más de \_\_\_\_ (00) horas, en el primer o primeros \_\_\_\_ (00) días después del posoperatorio.
- e. En el caso de implantes mamarios y en otro tipo de implantes la literatura médica actual demuestra un incremento en el riesgo de un tipo de cáncer de mama raro llamado linfoma anaplasico de células gigantes en mujeres portadoras de prótesis mamarias, asociado a la capsula de los implantes y que responde al retirar la capsula y sin necesidad de quimioterapia o radioterapia. La enfermedad mamaria puede aparecer independientemente de la presencia de prótesis. Es recomendable que todas las mujeres se practiquen autoexamen periódicamente, se sometan a mamografía de acuerdo con las pautas habituales y consulten a su médico si descubren un bulto en la mama. Después de la colocación de implantes mamarios debe realizar visitas anuales a su cirujano y chequearse con ecografías o mamografías.

#### 4.1 Anexo Covid-19

Atendiendo a la pandemia generada por el virus Covid-19, manifiesto cumplir con las siguientes condiciones:

- a. No haber estado fuera del país dentro de los últimos dos meses, especialmente en zonas en las cuales se han reconocido como endémicas para COVID-19.
- b. No he estado en contacto con personas (familiares, de trabajo, social, ocasionales) con contagio o exposición a contagio por COVID -19 desde hace más de dos meses.
- c. No he tenido signos o síntomas de tos seca, decaimiento, fatiga, vómito, fiebre, pérdida del gusto y del olfato, o cualquier otro síntoma que pueda asociarse con ser portador de Covid-19.
- d. He cumplido con las medidas preventivas por el gobierno nacional como aislamiento preventivo, lavado de manos, evitar contacto personal, con el fin de evitar o disminuir riesgo de contagio de COVID – 19.
- e. Autorizo a tomarme pruebas previas para determinar contagio COVID – 19 antes de la cirugía y en el evento de resultar positivas para COVID19, acepto posponer el procedimiento por un tiempo que podrá oscilar entre seis a 12 meses a partir de dicha fecha, a criterio del profesional, sin que se configure incumplimiento contractual por parte del cirujano.
- f. En el evento que en el posoperatorio inmediato y mediato presente signos o síntomas que permitan presumir contagio por COVID-19, informaré a mi médico tratante de manera inmediata.
- g. Reconozco que en el evento de cumplir con las condiciones enunciadas o negarme a tomar las medidas preventivas para evitar contagio, el cirujano podrá negarse a realizar la cirugía sin que se configure incumplimiento contractual por parte del cirujano.

h. Certifico que el médico tratante, el personal asistencia y la institución han cumplido con los lineamientos preventivos dispuestos por el Ministerio de Salud con el fin de mitigar cualquier tipo de contagio generado por el COVID-19, lineamientos que son de conocimiento general y de igual manera me han sido explicados previo al inicio de la atención.

5. DE LA INEXISTENCIA DE PROMESA DE RESULTADOS.

**Estoy consciente que las obligaciones del profesional de la medicina son de medio más no de resultados, por lo tanto el grado efectivo de mejoría no puede ser previsto o garantizado por el profesional, pues esto depende de la reacción fisiológica de cada paciente, pudiendo inclusive haber necesidad de una nueva operación.**

6. DEL COMPROMISO CON EL TRATAMIENTO.

Estoy consciente que el objetivo del tratamiento solo podrá ser alcanzado si acudo a las sesiones previamente programadas y a las consultas pos-operatorias, de control o de revisión, siendo de mi entera responsabilidad la asistencia a las mismas y sus consecuencias en el tratamiento.

Por lo tanto declaro que obedeceré todas las ordenes médicas tanto orales como escritas, anteriores y posteriores al acto quirúrgico, necesarias para la realización y recuperación de la cirugía quedando claro de antemano que toda y cualquier orden será consignada en la historia clínica por el médico responsable.

7. DEL CONSENTIMIENTO COMO ACTO MÉDICO

Reconozco que la firma del presente documento es la culminación formal de un acto médico que se viene ejecutando desde la consulta inicial, momento a partir del cual se viene otorgando la autorización para la realización del procedimiento, se han explicado los riesgos y se han absuelto todas y cada una de las dudas que me han surgido.

8. DE LA AUTORIZACIÓN DEL USO DE LAS IMÁGENES.

Reconozco que antes, durante y después del procedimiento se tomarán registros fotográficos y grabaciones en audio y video, manifiesto que estoy de acuerdo en que hagan y sean utilizadas en trabajos científicos, congresos, revistas de carácter científico, libros y otros medios en una visión estrictamente académica y científica. En el evento que las mismas se utilicen con fines comerciales debe mediar autorización expresa, firmada tanto por el médico como por la suscrita.

9. Conozco las consecuencias en el evento de no realizar el procedimiento adecuado y declaro que he recibido la información requerida de manera clara y completa, por lo tanto autorizo al doctor \_\_\_\_\_, para que me realice el procedimiento denominado

\_\_\_\_\_ ; reconozco que en cualquier momento puedo revocar este consentimiento y lo comunicare oportunamente por el medio más expedito al médico tratante.

En constancia de lo anterior firman en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2.0\_\_.

\_\_\_\_\_  
El paciente

\_\_\_\_\_  
El médico informante

\_\_\_\_\_  
El médico tratante

\_\_\_\_\_  
Testigo

Como representante legal (en el caso de los menores de edad), del paciente \_\_\_\_\_, declaro que conozco el contenido del presente documento y aceptó en su nombre y representación para que le sea practicado el procedimiento aquí indicado, lo anterior teniendo en cuenta que el paciente se encuentra en incapacidad para autorizar su práctica.

\_\_\_\_\_  
El Representante legal

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE  
C.C.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO  
C.C.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO  
RM

\_\_\_\_\_, identificado (a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, por medio del presente escrito y actuando en mi calidad de paciente, por medio de la presente me permito manifestar que de manera libre y voluntaria desisto del consentimiento otorgado al doctor \_\_\_\_\_, para la práctica del procedimiento enunciado al inicio del presente escrito o a la continuidad del tratamiento inicialmente autorizado.

En constancia de lo anterior se firma a los \_\_\_\_ del \_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

---

Firma del paciente