

CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZACIÓN QUIRÚRGICA

Yo, _____ titular de la cédula de identidad N° _____, autorizo al Dr(a). **Luisa Elena Fariñas Ramirez de Haake**, (Médico Cirujano Plástico, Reconstructivo y Maxilofacial), y a su equipo médico quirúrgico, para que me sea(n) practicado(s) el (o los) siguiente(s) tratamiento(s) en mi persona (o en la persona del dependiente menor (_____)) :

Autorizo igualmente para la realización de todos o cualquier procedimiento clínico o quirúrgico que juzgue él o su equipo médico necesario para la obtención de mejores resultados en el tratamiento(s) clínico(s) o quirúrgico(s) anteriormente explicado(s), así como la aplicación de cualquier recurso investigativo, de laboratorio y terapéuticos necesario e indispensables a criterio del Dr(a). **Luisa Elena Fariñas Ramirez de Haake**, y su equipo, para una mayor seguridad y mejores resultados de este(os) tratamiento(s), o para el esclarecimiento de eventuales interurrencias o complicaciones. Esta autorización se extiende a otro(s) médico(s) solicitado(s) por el Dr(a). **Luisa Elena Fariñas Ramirez de Haake**, y su equipo médico, que participen en la conducción de este(os) tratamiento(s) o investigación(es). Para confirmar y reforzar esta autorización, declaro haber recibido previamente de parte del Dr(a). **Luisa Elena Fariñas Ramirez de Haake**, todas las informaciones sobre

el(los) tratamiento(s) a que seré sometido(a) y que estos fueron de mi entera comprensión.

Declaro también que he sido orientado(a) personalmente al respecto de todos los cuidados pre y post-operatorios que deberán ser seguidos, así como de las complicaciones e interurrencias que pudiesen acontecer en este(os) tratamiento(s).

Entre ellos destacan las equimosis (manchas rojas), edemas (hinchazones), hemorragias (sangramientos), infecciones locales del área operatoria o generales, necrosis (muerte de tejido), dehiscencias (ruptura de la herida o de cicatrices), asimetrías, contractura capsular (endurecimiento de las mamas en caso de implantes mamarios), irregularidades de superficie, cicatriz hipertrófica o queloides, cicatrices pigmentadas, alteraciones neuromusculares, problemas vasculares, trombosis, embolias, accidentes anestésicos, reacciones alérgicas de menor o mayor grado (choque anafiláctico), riesgos de cualquier tratamiento invasivo o muerte. He sido informado(a) y estoy en cuenta de los riesgos que ello implica en mi persona y los asumo en forma consciente. Estoy bien informado y consciente que el resultado final del tratamiento no depende solamente del trabajo médico realizado y de su equipo, sino también de mis cuidados personales y sobretodo de las reacciones imprevisibles de mi organismo.

Igualmente, estoy en conocimiento que el tabaquismo (uso de cigarrillos o tabaco de cualquier tipo) y el consumo de drogas, pueden causar complicaciones locales o generales, principalmente en la cicatrización definitiva. En algunos

casos el resultado óptimo amerita más de una intervención quirúrgica a fin de lograr el mejor resultado. La celulitis, estrías y flacidez pueden solo mejorar con la cirugía, pero no siempre en su totalidad. Estoy consciente que todas las medidas de seguridad disponibles en el consultorio o clínica donde será realizado mi tratamiento, serán tomadas en cuenta junto con todos los recursos técnicos y personales del cirujano y su equipo médico, con la intención de reducir al mínimo tales posibles riesgos y otros no especificados arriba, así como la búsqueda del mejor resultado posible para el(los) tratamiento(s) propuesto(s). Por ser verdadero lo expuesto anteriormente, firmo este documento para todos los fines legales, dando cumplimiento al artículo 34 de la Ley del Ejercicio de la Medicina vigente.

Firma del Paciente

Firma del Testigo

Representante legal (menores de edad) C.I.: HUELLA DACTILAR DEL
PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL.

PORLAMAR, _____