	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOABDOMINOPLASTIA	CODIGO	ASG-03-F06
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	27/08/2024
		1 de 6	

Este documento de consentimiento informado que ha sido preparado para ayudarle a su cirujano plástico a informarle sobre la lipoabdominoplastia, sus riesgos y sus tratamientos alternativos, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención. Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor firme en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme al final si está usted de acuerdo, el consentimiento para la cirugía propuesta por el Dr. Luis Yesid Martínez Laguna. Médico tratante.

I. INTRODUCCIÓN

La abdominoplastia es un procedimiento quirúrgico que elimina el exceso de piel y tejido graso del abdomen medio y bajo, y que tensa los músculos de la pared abdominal. La abdominoplastia no es un tratamiento quirúrgico del sobrepeso. Hay varias técnicas diferentes de abdominoplastia pueden combinarse con otras formas de cirugía del contorno corporal incluida la liposucción, o pueden realizarse al mismo tiempo que otras cirugías electivas.

II. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS

Las formas alternativas de tratamiento consisten en no tratar las áreas de piel flácidas y cúmulos de grasos. La liposucción puede ser una forma alternativa quirúrgica a la abdominoplastia si existe buen tono elástico de la piel y cúmulos grasos abdominales localizados en un individuo de peso normal: la dieta y el ejercicio pueden ser beneficiosos para una reducción global de exceso de grasa corporal.

III. RIESGOS DE LA ABDOMINOPLASTIA

Todo procedimiento quirúrgico implica un riesgo, y es importante que usted comprenda los riesgos asociados con la abdominoplastia. La decisión del individuo de someterse a un procedimiento quirúrgico se basa a la comparación del riesgo frente al beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las complicaciones siguientes, usted debe discutir cada una de ellas con su cirujano plástico para asegurarse que comprende todas las complicaciones posibles de la abdominoplastia.

Hemorragia: Es posible, aunque infrecuente, experimentar un episodio de sangrado durante y después de la cirugía. Si ocurriera una hemorragia postoperatoria, podría requerir tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada, o transfusión de sangre. No debe tomar aspirina, omega, Ginkgo Biloba, vitamina E, Herbalife y similares desde 7 días antes de la cirugía, puesto que ello podría aumentar el riesgo de sangrado.


Infección: La infección es infrecuente tras este tipo de cirugía: Si ocurriera, podría ser necesario un tratamiento que incluyera antibióticos o cirugía adicional.

Cambios en la sensibilidad cutánea: La disminución (o pérdida) de la sensibilidad cutánea en la zona inferior del abdomen puede no recuperarse del todo después de la abdominoplastia.

Irregularidades del contorno de la piel: Pueden producirse irregularidades y depresiones de la piel después de la abdominoplastia. También puede ocurrir fruncimiento visible y palpable de la piel.

Mala cicatrización: En los lugares de las incisiones que me han sido señalados en los gráficos al final de este documento, quedara una cicatriz, aun tomándose las precauciones necesarias para que se note lo menos posible. Entiendo el hecho de que cada persona cicatriza de manera distinta, en distinto periodo de tiempo, con un proceso de maduración de la cicatriz de, a veces, más de un año. Las cicatrices pueden, además, ensancharse, o en algunos casos, crecer exageradamente, o, por el contrario, llegar a casi desaparecer, dependiendo todo esto de la particular naturaleza de cada persona.

Firma del paciente o representante _____ *consentimiento informado*

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOABDOMINOPLASTIA	CODIGO	ASG-03-F06
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	27/08/2024
		2 de 6	

Anestesia: Tanto la anestesia general como la local implica un riesgo, existe la posibilidad de complicaciones y lesiones, por cualquiera de las formas de anestesia y sedación.

Asimetría: Puede no conseguirse una apariencia de simetría corporal con la abdominoplastia: Algunos factores como el tono elástico de la piel, depósitos grasos, prominencias óseas, y tono muscular pueden contribuir a una asimetría normal de los rasgos corporales.

Retardo de la cicatrización: la apertura de la herida y la cicatrización retarda son posibles. Algunas zonas del abdomen pueden no cicatrizar normalmente, y pueden tardar bastante tiempo en curar. Algunas áreas de piel pueden perderse, lo que puede ocurrir cambios frecuentes de vendaje, o cirugía posterior para eliminar el tejido no curado.

Complicaciones pulmonares: Las complicaciones pulmonares pueden presentarse en forma secundaria debido a coágulos de sangre (embolias pulmonares), depósitos de grasa (embolias grasosas) o colapso pulmonar parcial después de anestesia general. La embolia pulmonar puede tener riesgo de muerte o ser fatal en algunas circunstancias. Si esta llegase a ocurrir puede necesitarse tratamiento adicional, hospitalización o UCI.

Reacciones alérgicas: En casos raros se han observado alergias locales al esparadrapo, Micropore, material de sutura o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden producirse por medicamentos usados durante la cirugía o para uso ambulatorio. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

Seroma: Son infrecuentes los cúmulos de líquido entre la piel y la pared abdominal. Cuando ocurre este problema, pueden requerirse procedimientos adicionales para el drenaje del fluido.

Ombliigo: Puede ocurrir malposición, cicatrización excesiva, apariencia inestética o pérdida del ombligo.

Efectos a largo plazo: Alteraciones subsiguientes en el contorno corporal pueden producirse como resultado de envejecimiento, pérdida o ganancia de peso, embarazo, u otras circunstancias no relacionadas con la abdominoplastia.

Dolor: Es muy infrecuente el dolor crónico a causa de la causa de la compresión de nervios sensitivos por atrapamiento dentro del tejido cicatricial después de una abdominoplastia. Pueden requerirse procedimientos adicionales para la solución con dicha complicación

Otros: Usted puede estar en desacuerdo con los resultados de la cirugía. Puede ser necesario realizar cirugía adicional para mejorar los resultados y facilitar la adaptación de la piel.


IV. SEGUROS DE SALUD

La mayoría de las EPS excluyen la cobertura de operaciones de cirugía plástica estética, o de cualquier complicación que pudiera derivarse de ellas. Hay compañías de Seguros que ofrece la Póliza de gastos médicos por complicaciones quirúrgicas derivadas de la cirugía Plástica y tratamientos estéticos, por lo que se le sugiere adquirir la Póliza a través de nosotros. Acepta adquirirla _____.

V. NECESIDAD DE CIRUGÍA ADICIONAL

Existen diversidad de condiciones variables además de los riesgos y complicaciones quirúrgicas potenciales que pueden influenciar los resultados a largo plazo de la cirugía lipoabdominoplastia. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están asociados con la lipoabdominoplastia. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. La práctica de la medicina y la cirugía no es una

Firma del paciente o representante _____ *consentimiento informado*

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOABDOMINOPLASTIA	CODIGO	ASG-03-F06
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	27/08/2024
		3 de 6	

ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse. Infrecuentemente se necesita cirugía adicional para mejorar los resultados que pueden obtenerse.

VI. RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS

El costo de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios del cirujano, del anestesiólogo, los costos del material quirúrgico y de anestesia, cargos de la clínica con recuperación tardía hasta 24 horas si es necesaria según criterio médico. Los cargos por cirugías secundarias o complicaciones serán asumidos en su totalidad por la paciente o la póliza si la adquirió.

VII. RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o situación determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente cubrirá las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento del médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Este será determinado en base a todos los hechos involucrados en cada caso individual, y está sujeto a cambios puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

VIII. HALLAZGOS PARTICULARES

Hacen referencia a alguna característica o condición física que pueda variar o influir sobre la táctica quirúrgica a ser utilizada, como asimetrías, ausencia o presencia de elementos anatómicos, cicatrices previas, cirugías previas en el mismo sitio a ser operado, alteraciones de la piel, patologías de base, cicatriz final esperada, sobrepeso u obesidad y por ende condicionar el resultado final en el postoperatorio:


Me han sido explicados mis hallazgos particulares y firmo este documento con pleno conocimiento y en total concordancia con los mismos y con las variaciones que estos puedan condicionar sobre la táctica quirúrgica, su evolución y el aspecto final del (as) áreas operadas, según el planteamiento de mi médico tratante.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO.

IX. CONSENTIMIENTO PARA CIRUGIA, PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO

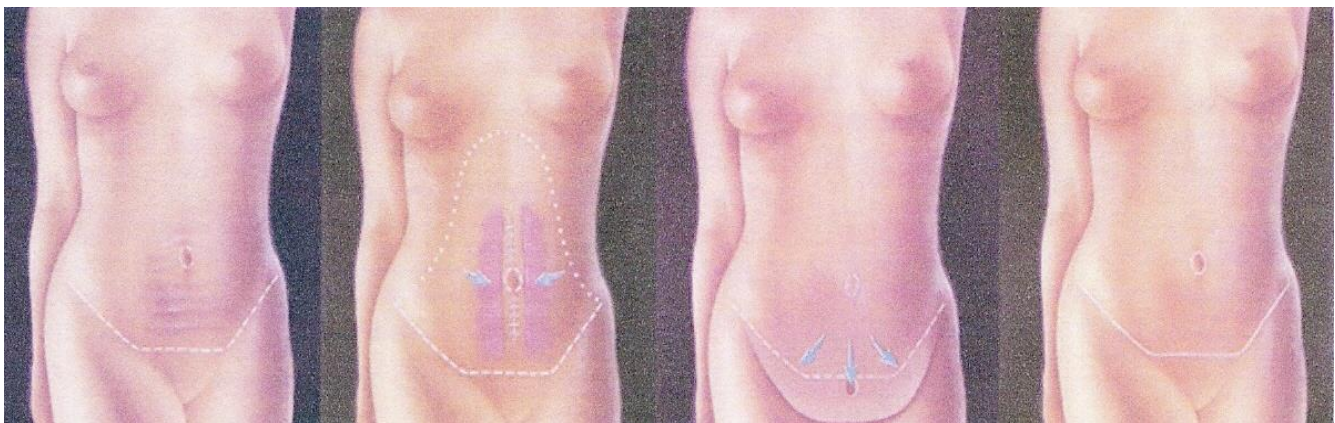
1) Por la presente Yo _____ mayor de edad con CC. _____ autorizo al Dr. Luis Yesid Martínez Laguna y a los ayudantes que sean

Firma del paciente o representante _____ *consentimiento informado*


	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOABDOMINOPLASTIA	CODIGO	ASG-03-F06
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	27/08/2024
		4 de 6	

seleccionados para realizar el siguiente procedimiento o tratamiento: LIPOABDOMINOPLASTIA en la CLINICA ALEJANDRIA S.A.S de Neiva, en mi o en mi representado_____

- 2) He leído comprendido y firmado las páginas del presente “consentimiento informado para Lipoabdominoplastia”.
- 3) Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente, los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.
- 4) Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico o anestesia pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al cirujano citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.
- 5) Doy el consentimiento para la administración de los anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces la muerte.
- 6) **COMPRENDO** que el fin de la intervención que he solicitado es **MEJORAR LA APARIENCIA**, existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda ser el no esperado por mí. Sé que la medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta. **RECONOZCO QUE NO SE ME HA DADO EN ABSOLUTO TAL GARANTÍA.**
- 7) Doy el consentimiento para ser fotografiado o la filmación de la operación que se va a realizar incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes. También autorizo la grabación de la cita para firma de consentimientos.
- 8) Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en el quirófano.
- 9) **LOCALIZACION DE CICATRICES:**
 1. cicatriz abdominal (queda por debajo de la línea del bikini)
 2. cicatriz umbilical (alrededor del ombligo)



Firma del paciente o representante _____ *consentimiento informado*

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOABDOMINOPLASTIA	CODIGO	ASG-03-F06
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	27/08/2024
		5 de 6	

X. FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

Doy el consentimiento para el tratamiento o procedimiento a qui descrito, y para los puntos citados en el Numeral **IX**, excepto el punto numero_____

Certifico que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en libertad de expresar mi libre albedrío y por lo tanto **autorizo SI** ____ **NO** ____ el procedimiento lipoabdominoplastia.


Declaro que se me ha explicado con la debida antelación y de manera clara y entendible el tratamiento u operación a la cual me someteré, la localización de las cicatrices, los métodos alternos al tratamiento, las complicaciones y riesgos del procedimiento quirúrgico y me han preguntado si quiero una información más detallada, encontrándome satisfecho(a) con la explicación dada por el médico tratante y la contestación de las preguntas que he realizado.

Fecha: _____

Firma del médico
Nombre:
Registro Medico

Firma del paciente o representante Legal
Nombre:
No. De identidad

Firma del testigo
Nombre:
No. De identidad:

	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOABDOMINOPLASTIA	CODIGO	ASG-03-F06
		VERSIÓN	3
		VIGENCIA	27/08/2024
		6 de 6	

**INSTRUCTIVO PARA DILIGENCIAR EL FORMATO
“CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LIPOABDOMINOPLASTIA”**

OBJETIVO: Brindar al usuario y su familia la información necesaria, acorde con su capacidad de entendimiento, para que de manera libre pueda tomar una decisión acerca de los diferentes procedimientos, garantizando los derechos del usuario.

ALCANCE: Debe ser explicado por el personal asistencial de la entidad y completamente diligenciado por el profesional encargado, paciente o representante legal del mismo.

Para el diligenciamiento correcto del formato tenga en cuenta lo siguiente:

Fecha: Registre el día, mes y año en que realiza el diligenciamiento del consentimiento informado.

Nombre: Registre el nombre completo del médico autorizado, paciente o representante legal y testigo en los correspondientes campos.

No. De identidad: Registre el número del documento de identidad de las partes según corresponda.

CONTROL DE CAMBIO					
VERSIÓN	DRESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	FECHA DE APROBACIÓN	ELABORO	REVISO	APROBO
1	Elaboración del documento: el presente documento se elabora con el fin de informar los riesgos, beneficios y demás circunstancias relevantes relacionadas con la situación de salud del paciente y con la intervención propuesta, para que, de acuerdo a su criterio y convicciones personales, decida libremente si se somete o no a la intervención o procedimiento sugerido	15/08/2019	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Coord. calidad	LUIS YESID MARTINEZ Coordinador medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente
2	Se realiza cambio de la razón social de INTERPLASTICA IPS a CLINICA ALEJANDRIA, sin modificación del NIT	01/09/2020	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Coord. calidad	LUIS YESID MARTINEZ Coordinador medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente
3	Se incorpora el riesgo de complicaciones pulmonares	27/08/2024	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Coord. calidad	LUIS YESID MARTINEZ Coordinador medico	OLGA MILENA MARTINEZ Cargo: Gerente

Firma del paciente o representante _____ *consentimiento informado*