

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

La "Cirugía Mayor Ambulatoria" (CMA) es aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad, y en la que el paciente acude al centro de salud el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio. Es un óptimo modelo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a los pacientes de una forma efectiva, segura y eficiente, con un ingreso inferior a 24 horas.

Objetivos

Es un procedimiento quirúrgico para mejorar los signos visibles de envejecimiento de la cara y del cuello, mediante el tensado de las estructuras más profundas, la readaptación de la piel de la cara y el cuello y, la extirpación de áreas seleccionadas de tejido adiposo.

Características

La incisión rodea la cara y si el despegamiento de las estructuras de la cara es más extenso permite una mayor reposición de ellas. Puede realizarse como procedimiento único o asociado a otros procedimientos como liposucción y cirugía de los párpados. Debe ser individualizado para cada persona, siendo mejores candidatos a un resultado aquellos que tienen una cara que ha empezado a relajarse, pero cuya piel tiene elasticidad y cuya estructura ósea está bien definida.

Riesgos

Cualquier procedimiento quirúrgico implica los riesgos propios de dicha operación y los riesgos de la anestesia. Por ello en el caso del minilifting usted debe tener presente que es un procedimiento electivo en el que debe sopesar los riesgos y los beneficios esperados de la operación.

Aunque la mayoría de los pacientes no experimentarán estas complicaciones, usted debe informarse con su cirujano acerca de ellas:

Hemorragia, infección, cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos, resultando cicatrices inestéticas o de diferente color que la piel normal, lesión de estructuras profundas (vasos sanguíneos, músculos y particularmente estructuras nerviosas), dolor crónico, asimetría y pérdida de pelo.

Expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala, en tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe en forma ambulatoria el procedimiento de **MINILIFTING**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal