

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Localización (indicar la/las parte(s) del cuerpo que serán lipoaspirada(s)) _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente (Primer nombre y dos apellidos): _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivos

La lipoaspiración o liposucción es una técnica quirúrgica para eliminar depósitos de grasa inestéticos de determinadas áreas del cuerpo. No es un sustituto de la reducción de peso, sino un método para eliminar depósitos localizados de tejido graso que no responden a la dieta y/o al ejercicio.

Características

Durante la operación, el cirujano recorre primero con una cánula cada sector de la zona que se va a lipoaspirar (que ha sido previamente marcada) e inyectará una solución líquida. Esta solución está formada de anestesia, una droga que contrae los vasos sanguíneos y una solución salina que ayudará a desprender la grasa de la piel y del músculo, disolviéndola y convirtiéndola en un líquido viscoso. Más tarde, se procederá a retirar este líquido mediante un procedimiento de succión, a través de una cánula que previamente se ha introducido y que está conectada a una máquina de aspiración.

Una liposucción dura habitualmente entre 1 y 3 horas, aunque el tiempo definitivo dependerá del tipo de liposucción y la técnica que se va a utilizar.

Riesgos

Como cualquier cirugía la liposucción entraña riesgos que hay que considerar teniendo en cuenta que esta es una operación plástica por lo que usted debe sopesar los riesgos eventuales y los beneficios de la intervención. Por eso es necesario que su caso pase por una evaluación ya que patologías concomitantes podrían hacer recomendable no efectuar la liposucción.

Las complicaciones relacionadas con esta operación son: Hemorragia, hematomas, cambios en la sensibilidad cutánea, irregularidades de la piel, seromas, shock quirúrgico y embolismo graso.

Existe la posibilidad de un resultado no satisfactorio o acorde a sus expectativas en la cirugía, incluso llegando a requerir cirugía/s adicionales/s que por sí misma/s conlleva/n riesgos, costos y/o complicaciones potenciales.

Eventualmente, puede suceder que por complicaciones que se presenten durante la intervención, ésta se extienda o deban realizarse procedimientos adicionales no explicados con anterioridad. Así mismo, el tiempo de duración del postoperatorio dependerá de las características particulares de cada paciente, de la propia intervención quirúrgica descrita, y en el evento de presentarse complicaciones el período de recuperación y tiempo total de hospitalización podría sufrir variaciones, así como el de requerir ser trasladado a otro prestador para dar continuidad a sus cuidados de salud.

Declaro comprender las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y dado todas las facilidades para hacer preguntas acerca de mi condición, formas alternativas de tratamiento, así como de los riesgos de operarme o no operarme. Igualmente, acerca de los procedimientos a ser usados, de los riesgos que conllevan y que dispongo de toda la información necesaria para dar mi consentimiento.

También expreso que este documento me ha sido debidamente explicado y que entiendo todo lo que en él se señala. Entiendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

En tales condiciones **CONSIENTO** que se me efectúe procedimiento de **LIPOASPIRACIÓN**.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal