

Fecha de obtención del CI: _____

Diagnóstico: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

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

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

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. 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 **MINILIFTING**

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal