

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO de REVISION de CICATRIZ - Dr. Joaquim Suñol**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad,  
(Paciente o Representante Legal)  
con D.N.I.: \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_

1.- REQUIERO y AUTORIZO al Dr. Joaquim Suñol, para que, ayudado por los médicos y personal sanitario que él precise, realice en mi persona (o en la de mi representado), la operación quirúrgica conocida como: REVISION de CICATRIZ localizada en \_\_\_\_\_

En términos generales, el propósito de la intervención es: mejorar el aspecto de la cicatriz previa \_\_\_\_\_

2.- CONFIRMO que el Dr. Joaquim Suñol me ha explicado detalladamente, en palabras comprensibles para mí, el efecto y la naturaleza de la(s) operación(es) a efectuar, incluyendo los posibles riesgos, otras soluciones alternativas de tratamiento (cuando existan), así como las molestias que se pueden sentir, aún teniendo un postoperatorio normal. Han sido contestadas a mi satisfacción todas las preguntas que, libremente, he formulado acerca de todo el procedimiento.

3.- Los RIESGOS de posibles complicaciones - similares a las de cualquier otra cirugía - incluyen entre otros:

- Estados temporales de inflamación y cambio del color natural de la piel.
- Posibilidad de sangrado postoperatorio, seroma, infección o necrosis.
- Trastornos temporales o permanentes de la sensibilidad y motilidad.
- Reacción alérgica a alguno de los medicamentos utilizados.
- Intolerancia a los materiales de sutura, implantes, o apósitos utilizados.
- Insatisfacción con los resultados obtenidos.
- Mala cicatrización: En los lugares de las incisiones [que me han sido señalados en los gráficos que hay al final de este documento (pag. 2) ], quedará una cicatriz; aún tomándose las precauciones necesarias para que se note lo menos posible. Entiendo el hecho de que cada persona cicatriza de manera distinta, en distinto período 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 raros casos, crecer exageradamente, o por el contrario, llegar a casi desaparecer, dependiendo todo esto de la particular naturaleza de cada persona.

4.- CONSIENTO en la utilización de anestésicos administrados por o bajo la dirección del cirujano o de anestesistas por él seleccionados.

5.- RECONOZCO que en el curso de la operación pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y DOY AQUÍ MI EXPRESA AUTORIZACIÓN para el tratamiento de las mismas, incluyendo procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, etc. En caso de complicaciones durante la operación AUTORIZO al Dr. Joaquim Suñol a solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

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.- He sido informado de que podría ser necesaria la utilización de injertos o trasplantes de otras partes de mi cuerpo, o IMPLANTES DE MATERIAS ESPECIALES MEDICAS y material de sutura permanente, siendo advertido de sus inconvenientes, ventajas y alternativas de tratamiento.

8.- CONSIENTO en ser fotografiado o filmado antes, durante y después del tratamiento, siendo éste material, un medio gráfico de diagnóstico y de registro para mi historia clínica, propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado en revistas y libros científicos, o ser expuestas para propósitos médicos, NUNCA EN PRENSA DIARIA o REVISTAS COMUNES, salvo con mi EXPRESO PERMISO. Se entiende específicamente que en cualquier uso que se derive NO será identificada/o por el nombre.

9.- ACEPTO que el cirujano retrase o suspenda la operación si lo cree preciso.

10.- Me COMPROMETO a seguir fielmente, en la mejor medida de mis posibilidades, las instrucciones del cirujano para antes, durante y después de la operación arriba mencionada y hasta el alta definitiva, incluyendo el cuidado de los drenajes, puntos de sutura y vendajes.

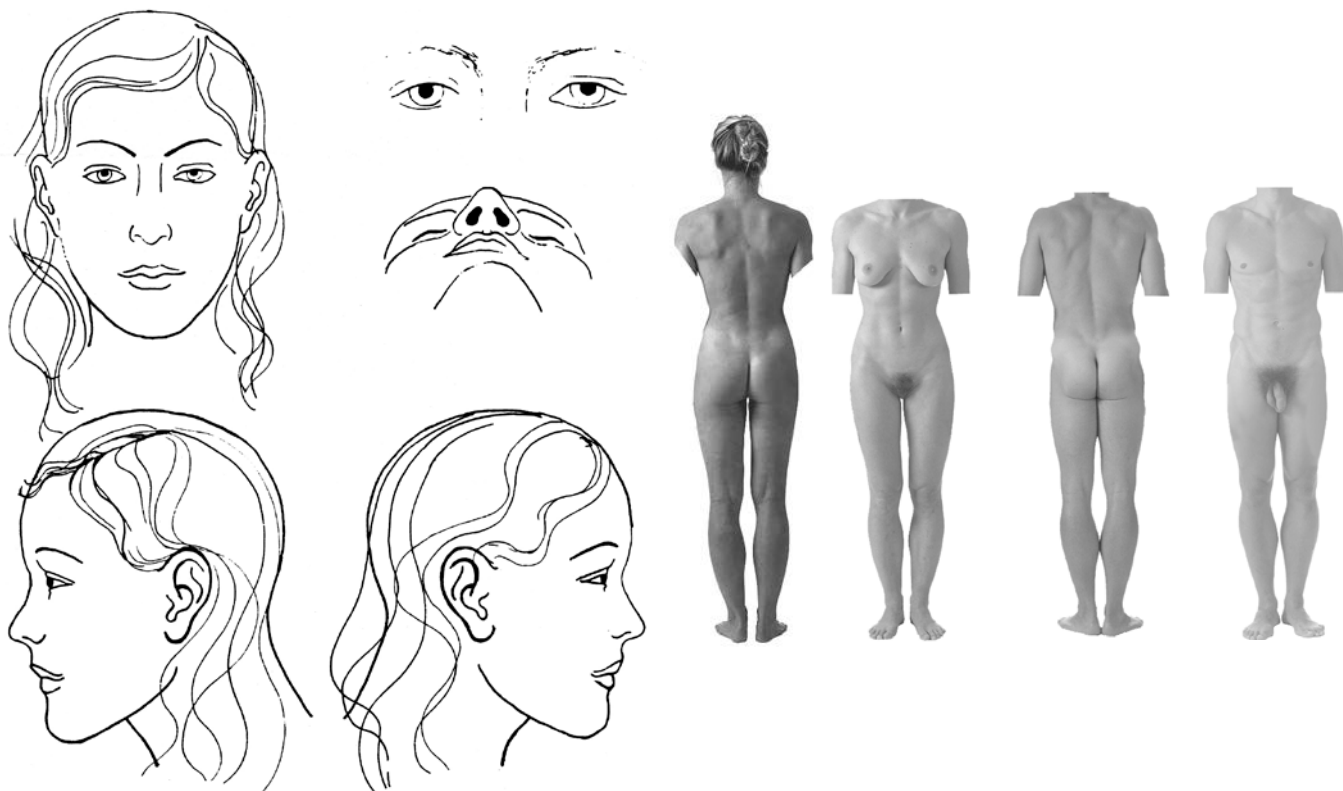
Firma Paciente: \_\_\_\_\_ Consentimiento Informado para INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. (Página 1 de 2)

11.- 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.

12.- He podido aclarar todas mis dudas acerca de lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO (Pags.1, 2 y 3) reafirmandome en todos y cada uno de sus 12 puntos o HACIENDO LA EXPRESA SALVEDAD (táchese si no procede) mencionada en el punto:.....

### LOCALIZACIÓN DE LAS CICATRICES

(Nota: El Paciente, o su representante autorizado, debe escribir sus iniciales en las líneas donde se han señalado las incisiones)



### **Firme el siguiente consentimiento:**

Fecha:..... Paciente:.....  
*Nombre, Apellidos y Firma*

Representante Legal (para pacientes menores de edad):.....  
*Nombre, Apellidos y Firma*

Testigo:.....  
*Nombre, Apellidos y Firma*

*Declaro que todos los espacios en blanco del presente documento han sido rellenos antes de que el Paciente o Representante Autorizado y el Testigo firmaran.*

Fecha:..... Dr. JOAQUIM SUÑOL.....  
*Firma*

Consentimiento elaborado según las bases de la  
Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)  
Versión 2013 – [www.dr.sunol.com](http://www.dr.sunol.com)