



CONSENTIMIENTO INFORMADO  
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA  
ART.19 INC.3 LEY 17132 – DISPOSICIÓN 1246/95 A.N.M.A.T.

Córdoba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

APELLIDO Y NOMBRES: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

1° Por medio de la presente autorizo al Dr. Federico Ballario MP. 32223 a realizar en mi persona los siguientes procedimientos quirúrgicos \_\_\_\_\_

2° He sido ampliamente informado acerca de la naturaleza y objetivos de la intervención - procedimiento que se llevará a cabo en mi persona, sus riesgos, beneficios y las alternativas u opciones posibles para lograr la finalidad buscada. Reconozco que no se me ha dado garantías ni seguridades respecto de los resultados que se esperan de la operación o procedimientos.

3° Se me ha explicado especialmente que

a) En el lugar de la incisión siempre quedará una cicatriz, a pesar de tomarse todos los recaudos necesarios para que ésta se note lo menos posible.

b) Las complicaciones que puedan derivarse de las intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica u otros procedimientos invasivos de la especialidad, son similares a la de cualquier tipo de intervención de esa naturaleza, y pueden ocurrir, aunque se tomen todos los recaudos necesarios para evitarlas. Pueden consistir en inflamación, decoloración de la piel, hematomas, tejido cicatrizal anormal, infección, trastornos la conducción nerviosa periférica, necrosis, así como

c) Numerosa bibliografía informa que el hábito de fumar tiene potenciales efectos adversos en los resultados de las operaciones de cirugía plástica, pudiendo producir alteraciones de la normal cicatrización y de la vitalidad de los tejidos movilizados. Por lo expuesto, se me ha recomendado, para el caso de fumador/a, el no hacerlo. Durante un periodo previo y posterior a la fecha de la operación.

4° Entiendo que durante el curso de la operación / procedimiento, pueden presentarse condiciones imprevistas que requieran de procedimientos de diferentes a los aquí referidos. Por ello, consiento expresamente la utilización de técnicas y la realización de procedimientos u operaciones adicionales que se juzguen necesarios. Se incluyen estudios anatomopatológicos, radiográficos, transfusiones sanguíneas, etc.

5° Asimismo, consiento la administración de las drogas anestésicas que se consideren necesarias, en el conocimiento que las mismas no están exentas de presentar ciertos riesgos que se me han sido claramente explicados.



6° Además me comprometo a cooperar con la administración de los cuidados necesarios hasta lograr el alta médica definitiva, y a informar al cirujano sobre cualquier cambio de domicilio en el período mencionado. Entiendo que deberé asumir las consecuencias del abandono anticipado del tratamiento por mi parte.

7° Doy mi expreso consentimiento a ser fotografiado y/o filmado, antes, durante y después del tratamiento y para que el material obtenido sea exhibido con fines científicos, académicos, etc., a condición de que mi identidad no sea revelada.

8° Declaro bajo juramento que no he omitido ni alterado los datos brindados al profesional al detallar mis antecedentes clínicos y quirúrgicos. Manifiesto no ser alérgico a medicamentos

9° Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10° Confirmo que he leído y comprendido perfectamente los términos de este consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas, que éstas han sido contestadas satisfactoriamente y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma. He tachado todos los párrafos que no me conciernen. Asumo la total responsabilidad de mi elección de someterme a la intervención quirúrgica.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma

Datos personales del Testigo:

Para menores de 21 años, debe firmar el padre, madre o tutor. Si es incapaz por causa distinta a la falta de edad, debe firmar su curador.

Firma: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_

Número de Documento: \_\_\_\_\_