

## FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

---

FECHA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_  
(Nombre y dos apellidos o etiqueta de identificación)

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

(Letra Legible, puede utilizar TIMBRE)

PROCEDIMIENTO, INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA O TRATAMIENTO

\_\_\_\_\_  
(NO utilizar ABREVIATURAS)

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA \_\_\_\_\_

(NO utilizar ABREVIATURAS)

### I.-DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA MAMAS SUPERNUMERARIAS

---

Este documento sirve para que usted, o quien lo represente, dé su consentimiento para esta intervención. Eso significa que nos autoriza a realizarla.

Puede usted revocar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida. Antes de firmar, es importante que lea despacio la información siguiente.

**Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.** Le atenderemos con mucho gusto.

#### **LO QUE USTED DEBE SABER**

##### EN QUÉ CONSISTE Y PARA QUÉ SIRVE

En ocasiones a lo largo de la denominada línea mamaria que recorre el tórax de las personas y más frecuentemente en la mujer pueden encontrarse pezones adicionales (politelia), tejido glandular mamario fuera de la mama normal (polimastia), o ambas. Una de las localizaciones más frecuentes suele ser la axila donde aparece una tumoración que se inflama coincidiendo con el ciclo menstrual acompañándose de molestias o de dolor.

El tratamiento al que usted va a someterse consiste en la extirpación de la mama axilar.

### CÓMO SE REALIZA

La operación consiste en realizar una mastectomía subcutánea (eliminar la glándula mamaria), con vía de entrada en la zona donde se halle el tejido anómalo. Casi siempre es necesario ampliar la incisión y extirpar gran cantidad de piel sobrante además de la glándula mamaria. En otros casos es preciso suplementar la técnica con lipoaspiración (para eliminar la grasa).

### QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ

La desaparición de las mamas aberrantes.

### EN QUÉ LE BENEFICIARÁ

Desaparición de las molestias que ocasionan y mejor aspecto de las axilas.

### QUÉ RIESGOS TIENE

Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención.

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, y excepcionalmente puede producirse la muerte.

#### • LOS MÁS FRECUENTES:

- Cicatrices cutáneas: Todas las cirugías dejan cicatrices. Pueden producirse cicatrices anormales en la piel o en los tejidos profundos. En algunos casos puede requerirse revisión quirúrgica u otros tratamientos.
- Retraso en la cicatrización: Existe la posibilidad de una apertura de la herida o de una cicatrización retrasada.
- Resultado insatisfactorio: Existe la posibilidad de un resultado pobre en la cirugía.

#### • LOS MÁS GRAVES:

- Hemorragia: Si ocurriera puede requerir tratamiento de urgencia para cohibir el sangrado, y/ o transfusión de sangre.
- Infección: La infección es muy infrecuente tras este tipo de intervención. Si ocurre una infección, el tratamiento puede incluir antibióticos o cirugía adicional.
- Hematoma: que habrá que drenar en ocasiones.

OTRAS SITUACIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO

- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.

- Se podría tomará muestra para biopsia y otras necesarias que podrían requerirse para estudiar su caso., las que deben ser procesadas por nuestros laboratorios de anatomía patológica en convenio.

**II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

En el caso de INCAPACIDAD DEL/DE LA PACIENTE será necesario el consentimiento de la/del apoderado.

En el caso de los MENORES DE EDAD, el consentimiento lo darán sus apoderados, aunque el menor siempre será informado de acuerdo con su grado de entendimiento.

**En caso de menores de edad o pacientes sin capacidad de otorgar consentimiento**

Apoderado: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma paciente o apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico

=====

Rechazo o revoco la autorización para la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello pueda derivarse para la salud o la vida, de forma libre y consciente.

**En caso de DENEGACION O REVOCACION**

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente o Apoderado

\_\_\_\_\_  
Firma Médico