

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA RITIDECTOMIA O LIFTING FACIAL

Este es un documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO que ha sido preparado por la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial para ayudar a su cirujano a informarle sobre los posibles riesgos y beneficios de la RITIDECTOMIA O LIFTING FACIAL.

Según la Legislación Española usted tiene el derecho a ser informado acerca de su diagnóstico y plan de tratamiento, posibles alternativas, y beneficios y riesgos asociados a las mismas. Es importante que lea la siguiente información de forma cuidadosa y completa, y consulte las dudas que pueda tener, antes de firmar el documento.

La cirugía del lifting facial se realiza con fines funcionales o estéticos. Los procedimientos funcionales van dirigidos a mejorar la estética facial y los signos del envejecimiento, mediante técnicas que permiten reposicionar los tejidos blandos en una situación anatómica más harmónica y que aportan un rejuvenecimiento del aspecto del paciente.

Este procedimiento se realiza con el fin de conseguir un indudable beneficio, sin embargo no está exento de POSIBLES COMPLICACIONES, algunas de ellas inevitables en casos excepcionales, siendo las estadísticamente más frecuentes:

- Infección de las heridas
- Hematomas o complicaciones hemorrágicas que en ocasiones pueden conllevar la necesidad de una nueva cirugía para su control.
- Derrame conjuntival o pigmentación.
- Inflamación de la zona operada mantenida en el tiempo.
- Deformidades locales.
- Daños nerviosos sensoriales y/o motores por lesión de ramas nerviosas superficiales (ramas del n. trigémino, ramas del n. facial).
- Parestesias y/o dolor postoperatorio.
- Necrosis cutánea.
- En fumadores, los riesgos de infección o dehiscencia de la herida son mayores.

Riesgos específicos en su caso

.....

La intervención puede realizarse con ANESTESIA GENERAL o mediante ANESTESIA LOCAL CON O SIN SEDACIÓN con el riesgo inherente asociado a las mismas, que serán informados por su anestesista; y los fármacos utilizados pueden producir determinadas alteraciones del nivel de conciencia por lo que no podrá realizar determinadas actividades inmediatamente, tales como conducir un vehículo.

Recibida la anterior información, considero que he comprendido la naturaleza y propósitos del tratamiento propuesto, así como sus riesgos conocidos y las alternativas terapéuticas. Además en conversación personal con mi cirujano he tenido la oportunidad de consultar y resolver mis posibles dudas, y de obtener cuanta información complementaria he creído necesaria. Por ello, me considero en condiciones de valorar debidamente tanto los posibles riesgos como la utilidad y beneficios que puedo obtener.

Yo, D/Doña. ....  
.....  
(nombre y apellidos, a mano, o pegatina del centro sanitario)

COMO PACIENTE (o su representante legal), en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, DECLARO que he sido debidamente INFORMADO/A, por el Dr. Joel Joshi, y en consecuencia, le AUTORIZO junto con sus colaboradores, para que me sea realizado el procedimiento diagnóstico/terapéutico denominado....Lifting facial o ritidectomía.....  
.....

En ocasiones excepcionales, durante la cirugía pueden surgir situaciones imprevistas que obliguen al cirujano a realizar algún procedimiento adicional o distinto al planificado. En ese caso, autorizo al cirujano a tomar las decisiones que crea más justificadas y convenientes para mi salud.

Este consentimiento puede ser revocado discrecionalmente por mí, sin necesidad de justificación alguna, en cualquier momento antes de realizar el procedimiento.

Observaciones.....  
.....  
.....

Y, para que así conste, firmo el presente original **después de leído**, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En.....a.....de.....de.....

Firma del paciente  
(o su representante legal  
en caso de incapacidad)  
D.N.I.

Firma del médico responsable  
Nombre y N° de colegiado

Dr. Joel Joshi Otero MD, PhD.  
Cirugía Oral y Maxilofacial  
Fellow Europeo de cirugía plástica facial  
FEACMFS  
Col 284619581

En caso de negativa por parte del paciente a firmar el consentimiento  
Firma del testigo. D.N.I.