

**DR:** Joel Joshi Otero

**COLEGIADO:** 284619581

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LIFTING DE CEJAS**

Acto Médico Programado

Conforme a los DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL PACIENTE como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley Básica de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica 41/2002 de 14 de Noviembre, en sus artículos 4, 8 y 9 y normativa concordante, se emite el presente consentimiento.

Este documento pretende explicar de forma clara y comprensible para el paciente la intervención quirúrgica, prueba diagnóstica, o actuación que se le va a realizar.

Asimismo contempla como se va a realizar la intervención, prueba diagnóstica, o actuación, que riesgos comprende esta y las posibles complicaciones que pueden surgir durante la intervención y en el postoperatorio, así como las contraindicaciones y los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

### **SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

Conforme al art.4 y 9 de la Ley básica de la Autonomía del Paciente, manifiesto expresamente mi deseo de ser informado acerca de mi patología y de la intervención que se me va a realizar.

### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre y apellidos del paciente:

Email:

Manifiesto que aún facilitando correo electrónico, a la firma de este consentimiento se me hace entrega de una copia del mismo.

### **INTRODUCCION**

La región de la frente y ceja frecuentemente muestra señales notables de envejecimiento. La flaccidez en estas estructuras puede ocasionar lo siguiente: caída de las cejas, separación del párpado, arrugas de la frente y líneas del entrecejo. En el Lifting de las Cejas, las estructuras responsables de estos problemas son estiradas o alteradas para crear una superficie más plana en la frente, para levantar las cejas y para mejorar las líneas del entrecejo. Un Lifting de las Cejas se puede realizar solo o al mismo tiempo que otros procedimientos tales como estiramiento de la piel facial o cirugía de párpado.

El Lifting de las Cejas se individualiza para cada paciente. Las incisiones quirúrgicas utilizadas pueden variar según la técnica que su cirujano elija para cumplir con las necesidades del paciente. El Lifting de las Cejas no puede detener el proceso de envejecimiento facial.

### **TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS**

La forma de tratamiento alternativo consistiría en no tratar la flaccidez en la frente y región

superior de la ceja con un Lifting de las Cejas. Las mejoras en la flacidez de la piel y arrugas en la misma se pueden lograr con otros tratamientos o cirugía. Hay riesgos y complicaciones potenciales asociados con las formas del tratamiento alternativo o cirugía.

### RIESGOS de la CIRUGIA DE LIFTING DE LAS CEJAS

Cada cirugía implica cierto riesgo y es importante que usted entienda los riesgos que implica el Lifting de las Cejas. La decisión que un individuo toma de someterse a una operación se basa en comparar el riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, debe hablar de cada una de ellas con su cirujano facial

y cerciorarse de que usted entienda todas las posibles consecuencias de el Lifting de las Cejas.

**Hemorragia:** Es posible, aunque poco usual, experimentar un episodio de hemorragia durante o después de la cirugía. En caso de que ocurra hemorragia postoperatoria, podrá ser necesario un tratamiento de urgencia para drenar la sangre acumulada (hematoma). No tome ninguna aspirina ni medicamento antiinflamatorio por diez días antes de la cirugía, ya que esto puede incrementar el riesgo de hemorragia. Las acumulaciones de sangre bajo la piel podrán retardar la recuperación y ocasionar la formación de cicatrices.

**Infección:** No es usual la infección después de este tipo de cirugía. Si ocurre una infección, podrá ser necesario tratamiento con el uso de antibióticos o cirugía adicional.

**Cambio en la sensibilidad de la piel:** Es probable que una reducción (o pérdida) de la capacidad de sensibilidad en la piel de la cara o cuero cabelludo no se recupere totalmente después del Lifting de las Cejas. Pueden ocurrir sensaciones de comezón crónicas dentro del cuero cabelludo y la ceja después de una ritidectomía coronal.

**Irregularidades en el contorno de la piel:** Es posible que ocurran irregularidades en el contorno, depresiones y arrugas de la piel después del Lifting de las Cejas.

**Cicatrización de la piel:** No es común la cicatrización excesiva. En raros casos, pueden resultar cicatrices anormales. Las cicatrices pueden ser poco atractivas y de diferente color que la piel que les rodea. Existe la posibilidad de marcas visibles debido a las suturas, grapas, o tornillos, placas, clavos, quirúrgicos, etc. usados durante el Lifting de las Cejas. Podrán ser necesarios tratamientos adicionales incluyendo cirugía para tratar la cicatrización anómala.

**Cambio en la metodología quirúrgica para el Lifting de las Cejas :** En algunas situaciones, dependiendo de los factores que se puedan descubrir sólo en el momento de la cirugía, podrá ser necesario que su cirujano haga cambios en la técnica quirúrgica y metodología para la operación del Lifting de las Cejas. Esto podrá requerir un cambio de procedimiento endoscópico (cerrado) a una operación de ritidectomía coronal estándar (abierta).

**Anestesia:** Tanto la anestesia local como general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte debido a las formas de anestesia o sedación quirúrgicas.

**Daño al nervio:** Existe el potencial de daño tanto a los nervios motores como sensitivos durante una operación del Lifting de las Cejas. La debilidad o pérdida de movimientos en la frente y ceja superior pueden ocurrir después de la cirugía. La mayoría de los individuos notarán una recuperación de la función motora; es raro que se dé una debilidad permanente. El daño también podrá ocurrir en los nervios sensitivos de las regiones de la frente, el cuero cabelludo y la sien. Podrá ocurrir normalmente una disminución en la sensibilidad de la región del cuero cabelludo después del Lifting de las Cejas. El entumecimiento permanente o cicatrización dolorosa del nervio se dan raras veces.

**Daño a las estructuras subcutáneas:** Las estructuras subcutáneas tales como el ojo, nervios, vasos sanguíneos, hueso del cráneo y músculos podrán dañarse durante la operación quirúrgica. El potencial de que esto ocurra varía con el tipo de operación que se lleve a cabo.

**Asimetría:** La cara humana es normalmente asimétrica. Puede haber variación de un lado con el otro en los resultados que se obtengan de una operación del Lifting de las Cejas.

**Recuperación lenta:** Es posible que haya alteración a la herida o una recuperación lenta. Ciertas áreas de la ceja y cuero cabelludo podrán recuperarse tanto anormal como lentamente. Ciertas áreas de la piel podrán perderse,

requiriendo frecuentes cambios de curación o mas cirugía para retirar el tejido que no se haya recuperado.

Las personas que fuman tienen un mayor riesgo de pérdida de la piel y complicaciones en la recuperación de la herida.

**Reacciones alérgicas:** En raros casos, se han reportado alergias locales a la cinta, material de suturas o preparaciones tópicas. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden resultar debido a los fármacos utilizados durante la cirugía y las medicinas recetadas. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.

**Seroma:** Ocurren con poca frecuencia acumulaciones de fluidos debajo de la piel. En caso de que este problema ocurra, podrán ser necesario realizar procedimientos adicionales para drenar el fluido.

**Efectos a largo plazo:** Alteraciones subsecuentes en la apariencia de la frente y ceja superior podrán ocurrir como resultado del envejecimiento, pérdida o aumento de peso, exposición al sol u otras circunstancias no relacionadas con el Lifting de las Cejas. El Lifting de las Cejas no detiene el proceso de envejecimiento ni produce estiramiento permanente de la frente. Podrán ser necesarios otros tratamientos o cirugía adicional para mantener los resultados de una operación del Lifting de las Cejas.

**Irritación del ojo:** Podrá ocurrir irritación o sequedad en los ojos después de un Lifting de las Cejas o cuando el paciente reciba cirugía en los párpados al mismo tiempo.

**Dolor:** Podrá ocurrir con muy poca frecuencia dolor crónico después de un Lifting de las Cejas.

**Pérdida de cabello:** Podrá ocurrir pérdida de cabello entre el cuero cabelludo o las incisiones quirúrgicas. No es predecible que esto ocurra. La pérdida de cabello podrá atenuarse lentamente o en raros casos ser permanente.

**Implantes quirúrgicos y suturas subcutáneas:** Ciertas técnicas quirúrgicas utilizan pequeños tornillos o suturas subcutáneas permanentes para ayudar a suspender las estructuras de la ceja. Bajo circunstancias muy poco usuales, un tornillo podría penetrar a través del cráneo. Una lesión intracraneal es rara, sin embargo posible. Si esto ocurre, podrá ser necesario realizar tratamiento alternativo. Podrá ser necesario retirar los implantes (tornillos, placas, clavos, etc.) o suturas subcutáneas en otro momento.

**Trastornos del párpado:** Los trastornos que implican una posición anormal de los párpados superiores (caída del párpado), piel del párpado flácida o tracción anormal del párpado inferior (ectropion) pueden coexistir con la caída de las estructuras de la frente y de la ceja. El Lifting de las Cejas no corregirá estos trastornos. Podrán ser necesarias operaciones quirúrgicas adicionales.

**Resultado insatisfactorio:** Usted puede quedar decepcionado con los resultados de la cirugía. Infrecuentemente, es necesario realizar una cirugía adicional para mejorar sus resultados.

### **CIRUGIA ADICIONAL NECESARIA**

En caso de que haya complicaciones será necesario realizar cirugía adicional u otros tratamientos. Aunque los riesgos y complicaciones ocurren con poca frecuencia, los mencionados están particularmente asociados con el Lifting de las cejas; suelen ocurrir otras complicaciones y riesgos pero son todavía menos

comunes. La medicina y la cirugía no son ciencias exactas. Aun cuando se esperan nuevos resultados, no hay garantía expresa ni implícita sobre los resultados que obtengan.

### **RESPONSABILIDADES ECONOMICAS**

El costo de la cirugía resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye honorarios del cirujano, del material quirúrgico, anestesia, pruebas de laboratorio, y cargos de la clínica, dependiendo de dónde se realice la cirugía. Puede haber costos adicionales si se dan complicaciones derivadas de la cirugía. Los cargos por cirugía secundaria o internación relacionadas con la revisión quirúrgica podrían también correr a su cargo.

### **RESPONSABILIDAD LEGAL**

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento.

El proceso del consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos que pueden presentar la mayoría de los pacientes por raros que sean.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan **todos** los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano facial puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos del consentimiento a la operación no tienen la intención de definir y de servir como un estándar de cuidado médico. Los estándares de cuidado médico se determinan en base a todos los factores implicados en un caso individual y están sujetos a cambios conforme avancen los conocimientos científicos y la tecnología y según evolucionen los patrones de la práctica médica.

**ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS SUS PREGUNTAS ANTES QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA PÁGINA SIGUIENTE.**

## **CONSENTIMIENTO PARA LA CIRUGÍA DE LEVANTAMIENTO ( LIFTING) DE LAS CEJAS**

Burgos, .... de..... de.....  
Yo .....por el presente documento autorizo  
al Dr **Joel Joshi Otero** .....y a  
su equipo quirúrgico a realizarme la cirugía anteriormente mencionada el . de.... de .....

He leído, comprendido y firmado las páginas del folleto informativo adjunto:

### **“Consentimiento informado para el Lifting de las Cejas”.**

Declaro que la intervención a la que me someteré voluntariamente me ha sido totalmente explicada por los médicos, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudieran sobrevenir con motivo de la operación.

### **Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:**

1. En el lugar de la incisión siempre quedara una cicatriz; se tomaran los recaudos necesarios para que esta sea lo menos notable posible.
2. Las complicaciones que pueden originarse en intervenciones quirúrgicas de cirugía plástica o estética como la que me realizare son similares a las de cualquier tipo de operación incluyendo: inflamación, decoloración de la piel, hiperpigmentación, hemorragias, hematomas, seromas, trastornos de la conducción nerviosa y de la sensibilidad, cicatrización anormal, infección, necrosis, retracciones cicatrizales; entre otras.
3. Reconozco que durante el curso de la operación, condiciones imprevistas pueden requerir intervenciones extra o no previstas por lo que autorizo y requiero que los cirujanos antes nombrados las realicen basados en su juicio profesional, incluyendo procedimientos de anatomía patología (biopsias), radiografías, transfusiones de sangre, etc. Esta autorización se extiende para remediar condiciones desconocidas por el cirujano en el momento de comenzar la operación.
4. Autorizo a los cirujanos o a quienes ellos designen a realizar las curaciones y controles médicos necesarios durante el periodo postoperatorio.
5. Doy consentimiento para que se me administre la anestesia que se considere necesaria o aconsejable por parte de los cirujanos o los médicos anestesistas por ellos seleccionados. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces la muerte.
6. Soy consciente que la practica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que aunque los cirujanos me han informado adecuadamente de los resultados deseados de la operación,  
**NO SE ME HA GARANTIZADO LA OBTENCION DE LOS MISMOS EN SU TOTALIDAD.**
7. Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después de la cirugía, siendo ese material propiedad de los cirujanos, pudiendo ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas con

propósitos médicos y educacionales, siempre y cuando no se revele mi identidad en las imágenes.

8. Me comprometo a cooperar en el cuidado y evolución de la intervención realizada cumpliendo fielmente las indicaciones por ellos dadas hasta que posea el alta medica definitiva, que me será otorgada aproximadamente a los treinta días del acto quirúrgico. Informare fehacientemente a los médicos sobre cualquier novedad, cambio o traumatismo sobre la zona operada que pudiera interferir en la evolución normal del postoperatorio de acuerdo a las explicaciones que los mismos me brindaron sobre el particular.
9. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico – quirúrgicos referentes a mi estado de salud previo ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieran haber sido realizados anteriormente por otros profesionales y no padecer enfermedades infectocontagiosas fuera de las declaradas
10. Doy consentimiento al desecho de tejidos, dispositivos médicos o partes del cuerpo que sean extraídas.
11. SE ME HA EXPLICADO DE MANERA QUE YO ENTIENDA LO SIGUIENTE:
  - a. EL TRATAMIENTO U OPERACION ARRIBA MENCIONADA A LA CUAL ME SOMETERE
  - b. QUE PUEDE HABER OPERACIONES O METODOS ALTERNATIVOS AL TRATAMIENTO.
  - c. QUE HAY RIESGOS EN LA OPERACION O TRATAMIENTO PROPUESTOS.
12. Localización de las incisiones y los implantes.

Manifiesto ser alérgico a .....

Se me ha preguntado si quiero una información mas detallada, pero estoy satisfecho/a con la explicación y no necesito más información. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido en su totalidad, autorizando a los cirujanos a realizarme la cirugía de lifting de las cejas proyectada en las consultas previas.

Todos los espacios en blanco han sido llenados antes de firmar.

Firma y aclaración.....

DNI .....

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**COLEGIADO:** 284619581



Por todo ello, una vez leído, comprendido y aceptado las 5 páginas que conforman este documento y estando satisfecho con la información recibida,

### **CONSIENTO SOMETERME A LIFTING DE CEJAS**

**Firma del facultativo que informa**

**DR./DRA.:** Joel Joshi  
**Nº COLEGIADO:** 284619581

**Firma del paciente**

**D./Dª:**

**Fecha Entrega:** 23/09/2018

### **REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

**D./Dª:** con **NIF/NIE:**

**DECLARO:** Que he sido informado con antelación y de forma satisfactoria por el equipo médico, medico o especialista, del procedimiento quirúrgico, prueba o actuación que se me quiere realizar así como de sus riesgos y complicaciones.

Que conozco y **ASUMO** los riesgos y/o secuelas que pudieran producirse por **NO SOMETERME** al acto quirúrgico. Que he leído y comprendido este escrito. Estoy satisfecho con la información recibida, he formulado todas las preguntas que he creído conveniente y me han aclarado todas las dudas planteadas. Y en tales condiciones,

### **NO CONSIENTO SOMETERME A LIFTING DE CEJAS**

**Firma del facultativo que informa:**

**DR./DRA.:**  
**Nº COLEGIADO:**

**Firma del paciente:**

**D./Dª:**

**Fecha Revocación:**

*De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento Europeo de Protección de Datos 2016/679, de 27 de abril de 2016, así como en la Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del Paciente, y demás disposiciones de legal aplicación, le informamos de que sus datos personales serán incorporados a un fichero de pacientes cuya titularidad corresponde a **Joel Joshi Otero, 76443135j**, y domicilio sito en **Jorge Juan 8 escalera a 5a - 28806 - Alcalá de Henares (Madrid)**, con la finalidad de garantizar la relación médico-asistencial existente. Asimismo, por la presente otorga su consentimiento expreso para el acceso de los mismos al prestador de servicios DS Legal Group con el fin de generar el correspondiente consentimiento informado. Los datos se conservarán mientras no se solicite su supresión y en cualquier caso en cumplimiento de los plazos legales de prescripción que le resulten de aplicación. Del mismo modo, le informamos de que puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, portabilidad de datos y a no ser objeto de decisiones individualizadas automatizadas notificándolo por escrito a la dirección indicada con anterioridad o a la siguiente dirección de correo electrónico: **joeljoshi@me.com**.*

*Igualmente, se le informa de su derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: [www.agpd.es](http://www.agpd.es)). Gracias por su colaboración.*