



CONSENTIMIENTO INFORMADO BLEFAROPLASTIA CON LASER CO2

Yo _____
Mayor de edad con cc. _____ Actuando en nombre propio o como representante legal de

DECLARO

Que he acudido a una valoración médica inicial el día _____

Con el Doctor (a) _____

Habiendo sido atendido, interrogado sobre antecedentes y examinado.

Con diagnóstico de: _____

Y siendo apto para tratamiento médico en blefaroplastia con láser ablativo de CO2.

Se me ha informado de los siguientes aspectos con respecto al procedimiento:

- El 80% del edema suele desaparecer pasado 1 mes desde la cirugía, pero que la total resolución del edema puede tardar 6 o más meses
- Si se desarrolla algún hematoma este puede durar entre 10 días y 2 semanas, sin embargo puede ocultarse con maquillaje
- Las infecciones son poco frecuentes

Y de las posibles complicaciones o efectos adversos:

- Asimetrías que requieran correcciones quirúrgicas adicionales
- Abrasión corneal
- Lesión inadvertida de estructuras como la aponeurosis del elevador o el musculo oblicuo inferior
- Lagofthalmos (Dificultad para cerrar los ojos)
- Pérdida visual y hemorragia orbitaria
- Retraso de la cicatrización
- Pueden desarrollar dehiscencia (despegamiento de los tejidos) de las heridas, por lo que deben ser suturadas de nuevo
- Pueden requerirse retoques de blefaroplastia en aquellos pacientes que se quejen de asimetrías o que desean una extirpación cutánea adicional
- En raras ocasiones una cicatriz puede presentar una apariencia engrosada que puede requerir la inyección de Corticoides.

Se me han resuelto todas las dudas y preguntas respecto a mi tratamiento

Se me ha informado de mi libertad de acceder o no al tratamiento

Por lo tanto consiento se me realice blefaroplastia con laser de las siguientes áreas de mi cuerpo

Firma del Paciente

cc.

Firma Del Medico

cc.