

CONSENTIMIENTO PARA REDUCCION Y ELEVACION DE LABIO SUPERIOR

El envejecimiento cutáneo causa el descolgamiento y aplanamiento del labio superior, lo que produce el borramiento de la dentadura superior durante el reposo, el habla o la sonrisa, generando un aspecto inestético en el paciente.

Dicha situación se puede corregir de forma quirúrgica. Si bien la alternativa a dicho tratamiento es no hacer nada.

Por favor, marque cada párrafo después de leerlo. Si tiene alguna pregunta, consulte a su cirujano antes de marcarla.

____ 1. Este es mi consentimiento para que el Dr. Jaime Ospina y el personal que está trabajando con él, me realicen el procedimiento quirúrgico conocido como elevación y reducción del labio superior.

____ 2. El procedimiento de acortamiento de los labios consiste en retirar la tira de la piel debajo de la nariz, lo que permite acortar y perfilar el labio, a la vez que aumentar la porción visible de los dientes tanto al sonreír como al estar relajado.

____ 3. Entiendo que aunque sea inusual, puede quedar una cicatriz permanente y que puede ser visible. También entiendo que puede haber posibilidad de que la cicatriz presente hiperpigmentación o hipopigmentación. Así mismo se puede presentar una alteración en la cicatrización que puede requerir una cirugía de revisión. También se puede presentar una lesión de un nervio sensitivo o motor, que puede ser temporal o permanente. También entiendo que la función oral como la de fruncir los labios o la sonrisa puede verse afectados durante el período de cicatrización.

____ 4. No se me ha dado garantía alguna de que el tratamiento propuesto será curativo y/o exitoso para mi completa satisfacción.

____ 5. La cirugía de revisión, aunque rara, es una posibilidad con cualquier procedimiento cosmético. Los retoques suelen ser menores y con mayor frecuencia se realizan con anestesia local. El presupuesto de dicha intervención dependerá de la causa y de la magnitud de la revisión necesaria.

Certifico que he tenido la oportunidad de leer y entender completamente los términos dentro del consentimiento anterior y la explicación hecha por mi médico, así como que todos los espacios en blanco que requieren completarse fueron rellenados tras haberme sido explicados antes de firmar.

Firma del paciente (o tutor legal)

Firma del Cirujano

En las palmas de Gran Canaria a ____ del mes _____ del año _____