

Pelosi Medical Center

**CONSENTIMIENTO DE LABIOPLASTIA**

FECHA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

1. Por medio del presente autorizo a los doctores **Pelosi o a los doctores que ellos designen** y / o a los asistentes que ellos puedan designar y supervisar a que se me realice el tratamiento de la siguiente condición:

**Labios menores alargados (estirados), desnivelados y/o hiperpigmentados (oscurecidos); piel alargada (estirada) o asimétrica (irregular) y/o hiperpigmentada en o cerca del prepucio (la capucha del clítoris). Estas condiciones se pueden presentar en uno o en ambos labios menores.**

2. El tratamiento médico/ cirugía propuesto es:

**Extirpación del tejido de los labios menores y reconstrucción con cirugía plástica y/o extirpación del exceso de tejido en la capucha del clítoris y/o del tejido adyacente y reconstrucción con cirugía plástica de las zonas previamente operadas. El procedimiento puede incluir cirugía con láser y/o cirugía con radiofrecuencia.**

*(lenguaje sencillo) Se me ha informado que este procedimiento puede tener como consecuencia una serie de molestias y riesgos. Sé que estaré totalmente recuperada recién a las 4-6 semanas después de la operación. La mayoría de las pacientes se operan sin mayor problema; sin embargo, en raras ocasiones se pueden presentar problemas que van de menores a mayores o fatales y que incluyen náuseas, vómitos, sangrado, infección, mala cicatrización o formación de fistulas, adherencias o úlceras, estrechez y retención urinaria que requiera el uso de sonda vesical, entre otros. La función sexual puede mejorar una vez finalizado el periodo de cicatrización; sin embargo la mejora no se puede garantizar y existe la posibilidad que empeore. La anestesia o los medicamentos pueden causar efectos secundarios no esperados. Puede ocurrir daño accidental a las estructuras pélvicas o del perineo como los esfínteres anales interno y externo y a los nervios y vasos sanguíneos de la zona comprometida. Cualquiera de estos años puede requerir cirugía inmediata o posterior para su reparación. Asimismo, se pueden formar peligrosos coágulos de sangre en las piernas o en los pulmones. La actividad física y sexual se suspenderá durante 3-6 semanas después de la operación. Finalmente, entiendo que es imposible enumerar todos los posibles efectos no deseados involucrados en el procedimiento y que la condición a ser tratada no siempre se corrige o mejora de manera significativa y que en cierto casos, aunque bastante raros, podría empeorar.*

3. El procedimiento se me ha explicado en términos fáciles de comprender y la explicación ha incluido lo siguiente:
- El propósito y la extensión de la procedimiento a realizarme;
  - Los riesgos que involucra el procedimiento, incluyendo aquellos cuya ocurrencia aunque poco probable tienen serias consecuencias;
  - Los posibles resultados del procedimiento propuesto;
  - Los procedimientos alternativos factibles y los métodos de tratamiento;
  - Los resultados posibles de dichas alternativas;
  - Las consecuencias posibles en caso de no hacerme el tratamiento
4. Estoy consciente de que existen otros riesgos como coágulos de sangre, infección o muerte, presentes siempre en cualquier procedimiento quirúrgico. Asimismo, estoy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y que no se me pueden dar garantías o seguridades absolutas relacionadas con los resultados del procedimiento propuesto.
5. He tenido el tiempo suficiente para conversar sobre el tratamiento de mi condición con el doctor y/o sus colegas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi entera satisfacción. Considero que la información que se me ha proporcionado ha sido suficiente para firmar este consentimiento para el tratamiento propuesto.
6. Asimismo, autorizo que se me practique cualquier procedimiento u operación adicional distintos a los incluidos en este documento y que se consideren necesarios como consecuencia de condiciones imprevisibles. La autorización otorgada en este párrafo se extenderá a todas las condiciones que requieran tratamiento y que sean de conocimiento del doctor recién al momento de iniciar el procedimiento o durante el curso del mismo.
7. No tengo restricciones ni limitaciones respecto del tratamiento salvo las siguientes (de no haber ninguna, sírvase indicarlo):  
\_\_\_\_\_.
8. Autorizo que se me administre anestesia y/o sedación consciente, lo que sea recomendable, por o bajo la supervisión del médico responsable de este servicio. He conversado previamente sobre el riesgo, las alternativas y los beneficios.
9. Autorizo que se retenga o se disponga de cualquier tejido o partes que hayan sido extraídas.

Pelosi Medical Center

**CONSENTIMIENTO DE LABIOPLASTIA**

---

10. Autorizo que se tomen fotos y videos de la cirugía, procedimiento y/o tejido para fines científicos, educativos y documentarios.
11. Entiendo que a solicitud de los médicos mencionados al inicio de este documento es posible la presencia en la sala de operaciones de asistentes técnicos.
12. Entiendo que estudiantes de medicina o enfermería podrían estar presentes en la sala de operaciones como observadores.
13. Entiendo y autorizo como parte del tratamiento la posibilidad de transfusiones de sangre, productos del banco de sangre o sangre autóloga, cuyos riesgos, alternativas y beneficios me han sido explicados.

CERTIFICO QUE HE LEIDO, ENTENDIDO Y AUTORIZADO EL (LOS) PROCEDIMIENTO (S) ARRIBA MENCIONADO (S) CUYA EXPLICACIÓN HE RECIBIDO A MI ENTERA SATISFACCIÓN. HE COMPLETADO TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO CON LAS DECLARACIONES SOLICITADAS Y TACHADO ANTES DE FIRMAR TODOS LOS PÁRRAFOS QUE NO SON APLICABLES. En todos los párrafos tachados se debe poner las iniciales del paciente y del médico.

Firma del paciente	/ /	Firma del testigo	/ /	Firma del cirujano	/ /
	Fecha		Fecha		Fecha