

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	RESECCIÓN DE MASA EN SENO
Página <b>13</b> de <b>37</b>	07

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
(Lugar y fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la paciente)

En forma voluntaria consiento en que el (la) doctor (a) \_\_\_\_\_ como cirujano (a) y el ayudante que él (ella) designe, me realicen cirugía de: RESECCIÓN DE MASA EN SENO O BIOPSIA DE SENO ante la dificultad para llegar a un diagnóstico a través de otras pruebas diagnósticas, por presentar una masa en el seno y/o hallazgos en la mamografía.

Entiendo que esta cirugía consiste básicamente en sacar por medio de una apertura de la piel de mi seno las posibles estructuras comprometidas en el problema y un examen de los tejidos por un patólogo para ayudar a llegar al diagnóstico de mi enfermedad.

Se me ha explicado y entiendo que como en todo acto médico no puede existir garantía en la identificación y desaparición de mi problema, ni este procedimiento evita la posibilidad de que aparezcan nuevas masas en el futuro, pues la práctica de la medicina y cirugía no son una ciencia exacta, debiendo mi médico colocar todo su conocimiento y su pericia en obtener el mejor resultado.

También he entendido que existen otros métodos diagnósticos como biopsia por aspiración, mamotraton o \_\_\_\_\_ los cuales no acepto y voluntariamente he elegido este método quirúrgico.

Entiendo que para esta cirugía se necesita anestesia, la cual se evaluará y realizará por el servicio de anestesia.

Entiendo que la pieza extirpada se someterá a estudio anatomopatológico posterior en: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ siendo mi deber el reclamar su resultado e informarlo al médico.

Entiendo que como en toda intervención quirúrgica y por causas independientes del actuar de mi médico se pueden presentar complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, tales como: dolor, inflamación, moretones, seromas (acumulación de líquido en la cicatriz), necrosis de la piel, granulomas (reacción a cuerpo extraño o sutura), queloide (crecimiento excesivo de la cicatriz), hematomas (acumulación de sangre), sangrado o hemorragias con la posible necesidad de

Institución y establecimiento	
Documento	Carta de Consentimiento bajo información
Acto autorizado	RESECCIÓN DE MASA EN SENO
Página <b>14</b> de <b>37</b>	07

transfusión (intra o posoperatoria), infecciones con posible evolución febril y abscesos, reacciones alérgicas, dificultad con una futura lactancia, deformación del seno. También se me informa la posibilidad de complicaciones severas como septicemia (infección generalizada), o trombosis que, aunque son poco frecuentes, representan como en toda intervención quirúrgica un riesgo excepcional de perder la vida derivado del acto quirúrgico o de la situación vital de cada paciente.

En mi caso particular, el (la) doctor (a) me ha explicado que presento los siguientes riesgos adicionales:

---

He entendido sobre las condiciones y objetivos de la cirugía que se me va a practicar, los cuidados que debo tener antes y después de ella, estoy satisfecha con la información recibida del medico tratante, quien lo ha hecho en un lenguaje claro y sencillo y me ha dado la oportunidad de preguntar y resolver las dudas y todas ellas han sido resueltas a satisfacción, además comprendo y acepto el alcance y los riesgos justificados de posible previsión que conlleva este procedimiento quirúrgico que aquí autorizo. En tales condiciones consiento que se me realice RESECCIÓN DE MASA EN SENO O BIOPSIA DE SENO.

Paciente

Testigo

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_