



**SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLASTICA DE BUENOS AIRES
ASOCIACIÓN MEDICA ARGENTINA**



SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA
DE BUENOS AIRES

**CONSENTIMIENTO ANEXO PARA MASTOPLASTIAS DE REDUCCION
(CIRUGIA PLASTICA REDUCTORA DE MAMAS)**

Paciente Fecha
..... H. C. N°.....

Además de lo expresado en el consentimiento general para intervenciones quirúrgicas de constancia que los siguientes puntos me han sido especialmente aclarados:

1. La cirugía de reducción mamaria, deja como cicatriz final una “ T” invertida, además de una cicatriz alrededor de la areola (periareolar). Además la calidad de las cicatrices dependerá de las características de cada paciente.....
.....
2. El tiempo de evolución normal y promedio de una cicatriz en esta región, es de aproximadamente 12 meses y estoy informado de que una “cicatriz no deseada” puede ser reoperada para mejorarla a partir de los 12 meses.
4. La forma y tamaño final de las mamas recién puede apreciarse a partir de los 6 a 12 meses de la operación.
5. La operación reduce la capacidad de producción de leche, pudiendo disminuirla en su totalidad.
6. La sensibilidad de la areola y del pezón, puede verse alterada por un lapso de tiempo variable, pudiendo restituirse espontáneamente alrededor de los 12 meses.....
.....
7. Comprendo que la total simetría de las mamas es un hecho difícil de conseguir ya que depende de diversos factores (cicatrización de los tejidos, etc).

FIRMA FIRMA.....
PACIENTE..... CIRUJANO.....

FIRMA.....
TESTIGO.....
DNI.....

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR

El paciente es un menor de años de edad y nosotros los firmantes somos: los padres, Tutor (es) ó encargado (s) del paciente y por la presente autorizamos a él.