



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



SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA
DE BUENOS AIRES

**CONSENTIMIENTO ANEXO PARA LIFTING CERVICO-FACIAL
(CIRUGIA PLASTICA DE ARRUGAS DE CARA)**

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:

Luego de la operación de cara puede ocurrir:

1. Equimosis en la zonas intervenidas que se resuelven espontáneamente.
2. En caso de presentarse hematomas puede requerirse drenaje quirúrgico.
3. Edema o inflamación en las zonas intervenidas que pueden enmascarar el resultado obtenido durante los primeros meses.
4. En esta cirugía se me ha explicado que puede haber trastornos reversibles neurológicos (parestesias).

FIRMA FIRMA.....

PACIENTE..... CIRUJANO.....

FIRMA.....

TESTIGO.....

DNI.....