



SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES
ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA
DE BUENOS AIRES

**CONSENTIMIENTO ANEXO PARA AURICULOPLASTIA
(CIRUGIA PLÁSTICA DE OREJAS)**

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. No me ha sido garantizada la total simetría de las orejas.
2. El resultado final se observa a los 12 meses.
3. Se deberán cumplir estrictamente las indicaciones postoperatorias con el fin de evitar complicaciones (la infección, es la más grave en este tipo de intervención).

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.