



SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES
ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA
DE BUENOS AIRES

**CONSENTIMIENTO ANEXO PARA BLEFAROPLASTIA
(CIRUGIA PLASTICA DE PÁRPADOS)**

Paciente Fecha
.....H. C. Nº

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 párpados puede ocurrir:

1. Equimosis en ambos párpados que se resuelven espontáneamente.
2. Edema o inflamación en los párpados que pueden enmascarar el resultado obtenido durante los primeros meses. Pudiendo provocar sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, intolerancia a la luz, mal posición del párpado inferior, etc.
3. Conjuntivitis, que puede requerir la consulta con el oftalmólogo.

FIRMA FIRMA.....

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

FIRMA.....

TESTIGO.....

DNI.....