



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



SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA
DE BUENOS AIRES

CONSENTIMIENTO ANEXO PARA DERMOLIPECTOMIA O ABDOMINOPLASTIA

Fecha

PacienteH. C. N°.....

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

1. La calidad de las cicatrices dependerá de las características de cada paciente.....
.....
.....

2. He sido informado y estoy de acuerdo que una “cicatriz no deseada” puede ser reoperada para mejorarla a partir de los 12 meses.

3. Se me ha explicado claramente que la posibilidad de presencia de líquido llamado “seroma”, puede requerir punciones evacuatorias durante el postoperatorio.
.....
.....
.....

FIRMA

FIRMA.....

PACIENTE.....

CIRUJANO.....

FIRMA.....

TESTIGO.....

DNI.....