



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



SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA
DE BUENOS AIRES

CONSENTIMIENTO ANEXO PARA LIPOASPIRACION

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 lipoaspiración puede ocurrir:

- 1. Equimosis en las zonas operadas (caderas, glúteos, rodillas, abdomen, etc) que se resuelven espontáneamente.
- 2. Irregularidades del contorno en las zonas operadas, que tienden a mejorar espontáneamente en los meses siguientes, con la resolución del edema o de la inflamación.
- 3. La sensibilidad en las áreas operadas puede verse alterada por efecto de la inflamación, pudiéndose recuperar espontáneamente en un lapso de 6 meses.
- 4. Se deberán cumplir estrictamente las indicaciones postoperatorias con el fin de evitar complicaciones (infección, hematomas, seromas, etc).

FIRMA FIRMA.....

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

FIRMA.....

TESTIGO.....

DNI.....