



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



SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA
DE BUENOS AIRES

**CONSENTIMIENTO ANEXO PARA MENTOPLASTIA
(CIRUGIA PLASTICA DE MENTON)**

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. Entiendo que la colocación de una prótesis de mentón tiene los riesgos propios de cualquier implante (ej: infección, hematoma, extrusión, etc.)
2. En el caso de infección del mismo, este deberá ser retirado por método quirúrgico, pudiendo ser recolocado en un lapso de 6 meses.
3. La sensibilidad en el área del mentón puede verse alterada por efecto de la inflamación, pudiéndose recuperar espontáneamente en un lapso de 6 meses.

.....
.....

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.