

**CONSENTIMIENTO ANEXO PARA RINOPLASTIA
(CIRUGIA PLASTICA DE NARIZ)**

Paciente Fecha
.....H. C. N°

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

Luego de la operación de nariz puede ocurrir:

1. Equimosis en ambos párpados, que se resuelven espontáneamente.
2. Sangrado nasal que puede requerir la consulta con el médico.
3. Edema o inflamación en la nariz que puede enmascarar el resultado obtenido (durante el lapso de 4 a 6 meses aproximadamente).
4. Alteraciones en la función respiratoria por inflamación de la mucosa nasal.

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.