



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



SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA
DE BUENOS AIRES

**CONSENTIMIENTO ANEXO PARA LIFTING CERVICO-FACIAL
(CIRUGIA PLASTICA DE ARRUGAS DE CARA)**

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 cara puede ocurrir:

- 1. Equimosis en la zonas intervenidas que se resuelven espontáneamente.
- 2. En caso de presentarse hematomas puede requerirse drenaje quirúrgico.
- 3. Edema o inflamación en las zonas intervenidas que pueden enmascarar el resultado obtenido durante los primeros meses.
- 4. En esta cirugía se me ha explicado que puede haber trastornos reversibles neurológicos (parestesias).

FIRMA FIRMA.....

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

FIRMA.....

TESTIGO.....

DNI.....