

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

Recuerde que se deberá firmar el Consentimiento Informado para Intervenciones quirúrgicas en general además del presente.

[Consentimiento Informado Implantes Mamarios](#) | [Consentimiento Informado Rinoplastia](#) | [Consentimiento Informado Lipoaspiracion](#) | [Consentimiento Informado Abdominoplastia](#) | Más [consentimientos informados](#)

* SOLO EJEMPLO de Consentimiento Informado.

***IMPORTANTE:** el presente artículo no pretende ser modelo para uso en ninguna actividad ni por ninguna institución o profesional, sino que ha sido diseñado exclusivamente para que los lectores puedan visualizar un ejemplo parecido a este tipo de documento legal. **Los Consentimientos Informados originales deben ser personalizados a cada paciente y deben estar escritos de acuerdo a las leyes de cada país o estado.** Centro Médico RP no se hace responsable por el uso indebido de este material.



CENTRO MÉDICO RODRIGUEZ PALACIOS

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 dejo 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.....