
CONSENTIMIENTO ANEXO PARA AURICULOPLASTIA

APELLIDO Y NOMBRES:

DNI:

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

1. No me ha sido garantizada la total simetría de las orejas.
2. El resultado final se observa a los 12 meses.
3. Se deberán cumplir estrictamente las indicaciones postoperatorias con el fin de evitar complicaciones (la infección es la mas grave en este tipo de intervención).

FIRMA

FIRMA

PACIENTE

CIRUJANO

SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETAR

El paciente es un menor de _____ años de edad y nosotros los firmantes somos: los padres, tutores o encargados del paciente y por la presente lo autorizamos.