
CONSENTIMIENTO ANEXO PARA LIPOASPIRACION

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. Equimosis en las zonas intervenidas (caderas - glúteos - rodillas - abdomen - etc.) que se resuelven espontáneamente.
2. Irregularidades del contorno en las zonas operadas, que tienden a mejorar espontáneamente en los siguientes meses, con la resolución del edema o de la inflamación.
3. La sensibilidad en las áreas operadas puede verse alterada por efecto de la inflamación pudiendo recuperar espontáneamente en un lapso de 6 meses.
4. Se deberán cumplir estrictamente las indicaciones postoperatorias con el fin de evitar complicaciones (infección - hematomas - serosas - etc.).

FIRMA

ACLARACION

FIRMA

CIRUJANO