

---

## CONSENTIMIENTO ANEXO PARA MENTOPLASTIA

---

APELLIDO Y NOMBRES:

DNI:

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

1. Entiendo que la colocación de una prótesis de mentón tiene los riesgos propios de cualquier implante (Ej: infección, hematoma, extrusion, etc.)
2. En el caso de infección del mismo, este deberá ser retirado por método quirúrgico pudiendo ser recolocado en un lapso de 6 meses.
3. La sensibilidad en el area del menton puede verse alterada por efecto de la inflamación, pudiendo recuperar espontáneamente en un lapso de 6 meses.

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.