

---

# CONSENTIMIENTO ANEXO PARA MASTOPLASTIAS DE REDUCCION

---

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:

Luego de la operación puede ocurrir:

1. La cirugía de reducción mamaria, deja como cicatriz final una T invertida, ademas de una cicatriz alrededor de la areola (periaerolar). Ademas la calidad de las cicatrices dependerá de las características de cada paciente.
2. El tiempo de evolución normal y promedio de una cicatriz en esta región, es de aproximadamente 12 meses y, ademas informo, que una "cicatriz no deseada" puede ser respetada para mejorarse a partir de los 12 meses.
3. La forma y tamaño final de las mamas recién puede apreciarse a partir de los 6 a 12 meses de la operación
4. La operación reduce la capacidad de producción de leche, pudiendo disminuirla en su totalidad.
5. La sensibilidad de la areola y el pezón, puede verse alterada por un lapso de tiempo variable, pudiendo restituirse espontáneamente alrededor del año.
6. Comprendo que la total simetría de las mamas es un hecho difícil de conseguir ya que depende de diversos factores.

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.