
CONSENTIMIENTO ANEXO PARA
DERMOLIPECTOMIA O
ABDOMINOPLASTIA

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. La calidad de las cicatrices dependerá de las características de cada paciente.
2. He sido informado/a y estoy de acuerdo con que una cicatriz "no deseada" puede ser reoperada para su mejora a partir de los 12 meses.
3. Se me ha explicado claramente que la posibilidad de presencia de un liquido llamado seroma, puede requerir punciones evacuatorias durante el post - operatorio.

FIRMA

FIRMA

PACIENTE

CIRUJANO