

CONSENTIMIENTO PARA IMPLANTES EN CARA

-En la Ciudad de _____, a _____ de _____ de _____

-DEJO CONSTANCIA: que he solicitado al Dr . -----
----- la corrección temporal de arrugas faciales mediante implante de-----
-----.

-Que he recibido una pormenorizada explicación, expresada en términos que he comprendido, acerca del tratamiento que recibiré y de los riesgos propios de dicho tratamiento, particularmente reacciones alérgicas locales o generales.

-Que acepto los riesgos y complicaciones potenciales del procedimiento.

-Que en la testificación cutánea efectuada previamente al tratamiento no he experimentado enrojecimiento, decoloración, hinchazón, picazón o dolor en el sitio de la prueba, ni tampoco ninguna manifestación generalizada vinculable con la misma.

-Que no se me ha garantizado ninguna seguridad sobre los resultados que puedan obtenerse; en consecuencia, consiento que el profesional asuma una obligación de medios poniendo toda su ciencia y diligencia para llevar a cabo la intervención sin asegurarme el resultado de la misma.

-Que sé que este procedimiento es cosmético y que el pago del mismo no está cubierto por los seguros médicos, obras sociales, etc.

-Que autorizo a tomar fotografías clínicas de control, que pueden ser usadas con fines médicos de investigación científica o educativos, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañen.

-Que he recibido satisfactoria respuesta a todas las preguntas que he formulado durante las consultas previas, habiendo entendido los términos técnicos empleados.

-Que he leído y comprendido los párrafos precedentes.-----

Nombres y apellidos del paciente _____
Tipo y número del documento de identidad _____
Firma del paciente _____ Fecha _____

Nombres y apellidos del médico _____
Matrícula del médico _____
Firma del médico _____ Fecha _____

Nombres y apellidos del testigo (si la persona no es competente)

Tipo y número del documento de identidad _____