

**CONSENTIMIENTO ANEXO PARA AURICULOPLASTIA  
(CIRUGIA PLÁSTICA DE OREJAS)**

Paciente ..... Fecha .....  
..... H. C. N°.....

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

1. No me ha sido garantizada la total simetría de las orejas.
2. El resultado final se observa a los 12 meses.
3. Se deberán cumplir estrictamente las indicaciones postoperatorias con el fin de evitar complicaciones (la infección, es la más grave en este tipo de intervención).

FIRMA ..... FIRMA.....  
PACIENTE..... CIRUJANO.....

FIRMA.....  
TESTIGO.....  
DNI.....

**SI EL PACIENTE ES UN MENOR COMPLETO**

El paciente es un menor de ..... años de edad y nosotros los firmantes somos: los padres, Tutor (es) ó encargado (s) del paciente y por la presente autorizamos a él.