



SANATORIO
OTAMENDI

CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO ESTETICO NO INVASIVO

Fecha de atención

Yo,, DNI autorizo al Dr. y/o médicos que formen parte de su equipo y/o los por él seleccionados, a efectuar en mi persona el siguiente procedimiento (marcar con una "X" lo que corresponda):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Botox® OnabotulinumtoxinA. Tratamiento cosmético para arrugas de expresión | <input type="checkbox"/> Juvederm® Relleno facial con ácido hialurónico | <input type="checkbox"/> HarmonyCa® Bioestimulador con ácido hialurónico e hidroxiapatita de calcio |
| <input type="checkbox"/> Radiesse® Bioestimulador de hidroxiapatita de calcio para restaurar el volumen y suavizar las arrugas de la piel | <input type="checkbox"/> Sculptra® Bioestimulador de ácido poliláctico para restaurar la firmeza y soporte de la piel | <input type="checkbox"/> Profhilo® Bioestimulador de ácido hialurónico, suaviza líneas finas y rejuvenece el rostro |
| <input type="checkbox"/> LongLasting® Bioestimulador de ácido hialurónico, suaviza líneas finas y rejuvenece el rostro | | |

Declaro que la intervención a la que me someteré voluntariamente me ha sido totalmente explicada por los médicos, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias de dicha intervención y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudieran sobrevenir con motivo de la operación.

Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

- Entendí que la duración de los resultados del tratamiento con Botox®/ Juvederm®/ HarmonyCa® es variable, dependiendo del metabolismo y hábitos de cada paciente. En el caso de Juvederm® esta duración también puede ser influenciada por la presentación del producto utilizado, variando de 6 a 24 meses. En el caso de Botox® entendí que los efectos iniciales son observados en aproximadamente 24-48 hs y que la duración total también puede ser influenciada por la dosificación del tratamiento en el área tratada,, siendo en promedio de 4 a 6 meses.
- A pesar de la seguridad con el uso de la OmabotulinumtoxinA y con los rellenos de ácido hialurónico, algunos efectos adversos o secundarios pueden ocurrir luego de la aplicación, como edema, hematoma, o inflamación. Estos son generalmente transitorios y totalmente reversibles.
- Los pacientes con tendencia al desarrollo de cicatrices hipertróficas, con hipersensibilidad conocida al ácido hialurónico, mujeres embarazadas o en etapa de lactancia, y niños, no deben ser sometidos al procedimiento con Juvederm®.
- Los atletas deben estar informados que Juvederm® Ultra Xc, Juvederm® Ultra Plus Xc, Juvederm® Volbella®, Juvederm® Volft®, Juvederm® Voluma® con lidocaína, Juvederm® Volte® y Juvederm® Volux®, presentan principios activos que pueden producir resultados positivos en las pruebas anti-doping.
- Los pacientes con historia clínica de alergia y/o hipersensibilidad a la lidocaína o cualquier otro anestésico tópico local del tipo amida, portadores de epilepsia no tratada o portadores de porfiria, no deben ser sometidos a procedimientos con Juvederm® Ultra Xc, Juvederm® Ultra Plus Xc, Juvederm® Volbella®, Juvederm® Volft®, Juvederm® Voluma® con lidocaína, Juvederm® Volte® y Juvederm® Volux®,
- No es recomendable la utilización de Juvederm® Ultra Xc, Juvederm® Ultra Plus Xc, Juvederm® Volbella®, Juvederm® Volft®, Juvederm® Voluma® con lidocaína, Juvederm® Volte® y Juvederm® Volux® en pacientes que están en tratamiento con drogas como cimetidina o beta-bloqueantes.
- Todos los pacientes que están en tratamiento con antibióticos del tipo espectinomina o aminoglucósidos, que padecen enfermedades neuromusculares, embarazadas o en lactancia, con infección o señales de inflamación en los lugares de aplicación, no deben ser sometidos al tratamiento con Botox®.
- No es recomendable la utilización de Juvederm® Ultra Xc, Juvederm® Ultra Plus Xc, Juvederm® Volbella®, Juvederm® Volft®, Juvederm® Voluma® con lidocaína, Juvederm® Volte® y Juvederm® Volux® en pacientes que están en tratamiento odontológico, 15 días antes o 15 después de la aplicación, incluyendo limpiezas bucales.



SANATORIO
OTAMENDI

- Deben transcurrir por lo menos 4 semanas entre tratamientos ultrasonidos, tratamientos con láser o peeling, y el uso de HarmonyCa®,
- HarmonyCa® no debe utilizarse en pacientes bajo tratamiento con sustancias que pueden prolongar el sangrado (aspirina, anticoagulantes, trobolíticos, antiinflamatorios, inhibidores de la ECA), ya que puede ocurrir un aumento de los hematomas y el sangrado.
- Está contraindicada la inyección de HarmonyCa® en zona glabellar, periocular, labios y zona perioral.

En concreto respecto de mi(s) dolencia(s) y riesgos específicos se me han señalado los siguientes.....

- Me han sido detalladamente explicados los riesgos posibles del procedimiento al que me someteré.
- Soy consciente de que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que aunque los cirujanos me han informado adecuadamente de los resultados deseados de la operación, NO SE ME HA GARANTIZADO LA OBTENCIÓN DE LOS MISMOS.
- Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del procedimiento, siendo ese material propiedad de los cirujanos, pudiendo ser publicado en revistas científicas y/o ser expuestas con propósitos médicos y educacionales.
- En definitiva, se me ha explicado: a) todo sobre la cirugía plástica que me realizará, b) los procedimientos alternativos incluida la posibilidad de no operar. c) los riesgos inherentes a la cirugía que decidí realizarme.
- Manifiesto ser alérgica a

Se me ha preguntado si quiero una información más detallada, pero estoy satisfecho/a con la explicación y no necesito más información.

He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido en su totalidad, autorizando a los cirujanos a realizarme la cirugía plástica proyectada en las consultas previas.

Buenos Aires, de de, a las horas.

Firma del paciente

Aclaración

Firma del médico

Aclaración

REVOCACIÓN/ RECHAZO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de la fecha .../.../....., a las ... : ... horas yo, revoco/rechazo el presente consentimiento habiendo sido debidamente informado por el médico tratante de las consecuencias médicas de la NO realización del procedimiento descrito en el mismo. Asumo expresamente la responsabilidad y las consecuencias por la decisión que he tomado.

Firma del Paciente/Aclaración/ Nro. Documento

Firma y sello del Médico