

Acta de Consentimiento Toxina Botulínica A

Fecha ____/____/____

Datos del paciente

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ RUT: _____

1.- Por el presente documento, autorizo a Dr. (a) _____ a realizar el procedimiento conocido como "tratamiento cosmético para arrugas" mediante la aplicación de Toxina Botulínica tipo A, producto que al ser utilizado en la musculatura facial de manera adecuada, produce relajamiento de la expresión con la disminución de las arrugas de expresión.

El procedimiento mencionado me ha sido totalmente explicado por el profesional, entendiendo la naturaleza y las consecuencias del mismo. Los siguientes puntos me han sido especialmente aclarados:

- a) En los sitios de las(s) aplicación(es) pueden quedar pequeñas marcas transitorias, enrojecimiento de la piel, hematomas, inflamación y efectos no deseados descritos en el prospecto, los mismos son comunes y reversibles.
- b) *Todos los pacientes que estén siendo tratados con antibióticos del tipo de espectinomicina o amino glucósidos, enfermedades neuromusculares, embarazadas, mujeres en periodos de lactancia, que presenten rellenos con biopolímeros, siliconas, así como infección o signos de inflamación en los sitios de aplicación no pueden ser sometidos a la aplicación de Toxina Botulínica.*

2.- He entendido que la duración de los resultados es variable y reversible, siendo aproximadamente de entre 3 a 4 meses y me ha sido explicado que los efectos comenzaran a evidenciarse después del cuarto día de la aplicación.

3.- Soy consciente que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar de que el profesional me ha informado adecuadamente las posibilidades absolutas y relativas de lograr los objetivos indicados en el punto 1, los resultados no pueden ser predecibles.

4.- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos.

5.- Autorizo el registro del proceso mediante fotografías, vídeos, modelos de estudios y exámenes complementarios Los cuales pueden ser utilizados con fines académicos en beneficio del progreso y desarrollo de las Ciencias de la Salud, (Congresos, cursos, demostraciones, capacitaciones).

6.- He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido totalmente, autorizando al profesional nombrado a realizarme el procedimiento antes explicado.

Nombre y Firma Paciente

Firma Dr. (a) _____