

Acta de Consentimiento - Relleno Ácido Hialurónico.

Fecha ____/____/____

Datos del paciente

Nombres y apellidos: _____

Edad: _____ RUT: _____

1.- Por el presente, autorizo al Dr.(a) _____ a realizar el procedimiento **Relleno de Ácido Hialurónico**, el cual me fue claramente explicado.

2.- Reconozco que pueden existir las siguientes complicaciones temporales: hematomas (moretones), inflamación, dolor leve transitorio, cambios de sensibilidad de la piel, enrojecimiento de la piel, asimetrías leves, los cuales son comunes y totalmente reversibles.

3.- El profesional me explicó que el procedimiento requiere de un tiempo prudente para obtener el resultado final y que depende de la respuesta de cada tejido en particular. Por esto, estoy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y estoy en conocimiento que los resultados del procedimiento no son totalmente predecibles.

4.- Entiendo que no puedo ser tratada(o) con relleno de ácido hialurónico, en los siguientes casos y confirmo que no padezco ninguno de ellos:

- Si estoy embarazada o en período de lactancia materna (Sólo mujeres).
- Si tengo historial de enfermedades autoinmunes (Artritis Reumatoide, psoriasis, fiebre reumática, lupus eritematoso sistémico u otras)
- Si estoy recibiendo tratamiento de inmunoterapia.
- Si tengo antecedente de cicatrización queloide o hipertrófica ,problemas de acné o rosácea o cualquier infección en la zona a tratar.
- Diabetes no controlada u otra enfermedad metabólica no controlada.
- Discrasias sanguíneas o alteraciones de la coagulación (anemia aguda, leucemia, porfiria, protrombinemia u otras)
-
- Si previamente me sometí a procedimientos con biopolímeros, puesto que puede desencadenar reacciones inflamatorias e infecciosas. (Si no estoy seguro, debo realizarme exámenes complementarios como Eco Doppler color piel).

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.- Doy fe de no haber omitido o alterado mis antecedentes clínicos.

Leí detenidamente el acta de consentimiento, por lo que autorizo al profesional, para que realice los procedimientos antes explicados en prueba de conformidad con todo lo expuesto.

Paciente _____

Dr.(a) _____