

Consentimiento Informado Colocación de Hilos Tensores

Información general: Son filamentos del grosor de un cabello de diferentes materiales biocompatibles. Los más utilizados en estética son los de polidioxanona, un material reabsorbible. Cada hilo provoca una fibrosis progresiva en el tejido celular subcutáneo, lo que facilita su anclaje a la piel, la estimula para formar colágeno nuevo y fibroblastos. Se reabsorben en unos 6 meses y la duración óptima de resultados es de 12 a 18 meses. Es una alternativa conveniente y menos invasiva que los estiramientos faciales tradicionales, diseñada para las personas que experimentan los primeros signos de la edad. El cirujano inserta delgados hilos en la cara a través de diminutas incisiones en la zona específica. Estos se unen al tejido de la piel y luego se tensan para estirar y alisar la cara. Casi de inmediato, las zonas tratadas se elevarán suavemente. Los nudos de los hilos después se ocultan dentro de la misma piel, y las cicatrices son prácticamente invisibles. Los mejores candidatos para este procedimiento están entre los 30 y 60 años y tienen una tonicidad relativamente buena en la piel. La mayoría está comenzando a notar la piel floja en la cara o el cuello.

Riesgos del Procedimiento:

La **incisión** en el punto de entrada tarda unos días en cerrarse. Es posible que demore más si fuma o que aparezca una pequeña cicatriz.

Hemorragia o hematoma. La aspirina, los antiinflamatorios, los inhibidores plaquetarios, los anticoagulantes, la vitamina E, el ginkgo biloba y otros. No los ingiera 7 días antes y luego del procedimiento.

Asimetría.

La **molestia, erupciones** en la piel, **comezón, inflamación** o cambio de **coloración** alrededor de la incisión son normales y generalmente de corta duración.

Se pueden **dañar estructuras profundas** como nervios y vasos sanguíneos, temporal o permanente. **Infección.**

No se recomienda en mujeres **embarazadas o que estén amamantando.**

Pueden presentarse **reacciones alérgicas** y anafilácticas sistémicas. **Anestesia:** Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia.

Riesgos Personalizados: _____

Alternativas: No tratar las arrugas de la piel, realizar tratamientos con láser, exfoliaciones químicas, dermoabrasión u otros procedimientos o cirugía.

Responsabilidad financiera: El costo del procedimiento incluye los honorarios profesionales, las visitas de seguimiento y materiales, pero no cubre procedimientos adicionales ni tratamientos de presentar complicaciones.

Declaro:

- 1) Autorizo a la Dra. Barbieri y ayudantes a la colocación de hilos tensores en _____.
- 2) Reconozco que pueden surgir imprevistos y doy autorización para su tratamiento y solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas.
- 3) Autorizo la administración de la anestesia necesaria. Entiendo que la anestesia implica un riesgo y posibilidad de complicaciones, lesiones y muerte.
- 4) Reconozco que no se me ha dado garantía con respecto a los resultados y mantenimiento a largo plazo de los mismos.
- 5) Consiento ser fotografiado o filmado, siendo este material propiedad del cirujano y pudiendo ser publicado o expuesto.
- 6) Consiento el tratamiento de mis datos personales y me comprometo a comunicar cambios. Autorizo su cesión a cuantos profesionales sea necesario. La Dra. Barbieri garantiza la posibilidad de ejercitar mi derecho de acceso, rectificación y cancelación.
- 7) Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después del procedimiento y hasta el alta.
- 8) Doy fe de no haber omitido información relevante en mi historial médico, incluyendo alergias, enfermedades o el uso de medicamentos o sustancias.
- 9) No estoy embarazada ni en período de lactancia.
- 10) Acepto que el cirujano retrase o suspenda el procedimiento.
- 11) Entiendo que pueden ser necesarios sucesivos tiempos de inyección para correcciones, a fin de conseguir un buen resultado final.
- 12) Confirmando que el procedimiento, riesgos y alternativas me han sido explicados por la Dra. Barbieri en un lenguaje comprensible. Lo he comprendido, entendido este documento, y la Dra. Barbieri me ha aclarado las dudas planteadas y no deseo más información.

DOY CONSENTIMIENTO, excepto el punto número: _____

FECHA: _____

Firma del Paciente: _____

Firma Dra. Barbieri: _____

Nombre y firma del representante legal (si aplica): _____

Nombre y firma Testigo: _____