

Consentimiento Informado Inyección de Ácido Hialurónico

Información general: Se utiliza para alisar arrugas faciales. Es una sustancia natural producida por todos los mamíferos que también puede producirse sintéticamente. Es necesario continuar con tratamientos a fin de mantener el efecto a lo largo del tiempo ya que es absorbido lentamente por el organismo en un tiempo variable. Los materiales no biológicos son no reabsorbibles. Las inyecciones se adaptan a cada paciente, según sus necesidades. No detiene el proceso de envejecimiento, pero puede disminuir en forma temporaria el aspecto de las arrugas y depresiones en los tejidos blandos. Se puede combinar con otros procedimientos. A fin de disminuir las molestias debido a las inyecciones, es necesario utilizar bloqueos nerviosos o inyecciones de anestésicos locales..

Riesgos del Procedimiento:

Hemorragia o hematoma. La aspirina, los antiinflamatorios, los inhibidores plaquetarios, los anticoagulantes, la vitamina E, el ginkgo biloba y otros pueden contribuir a un mayor riesgo. No los ingiera 7 días antes y luego de las inyecciones.

La **inflamación**, el **eritema**, **molestia**, **erupciones** y **marcas** de aguja son manifestaciones normales y disminuyen después de unos días.

Pueden presentarse **bultos** en la piel que tienden a alisarse con el tiempo.

Asimetrías.

Lipotimias.

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

Infección.

Necrosis cutánea (muerte de piel).

Reacciones alérgicas y anafilácticas sistémicas, por el ácido o la anestesia.

Estos productos no se deben utilizar en pacientes con antecedentes de alergias múltiples graves o alergias a las proteínas bacterianas gram positivas.

No se debe utilizar en pacientes con **cicatrización patológica** o en áreas con inflamación o infecciones activas. Se ha informado la formación de granulomas, abscesos, necrosis localizada y urticaria.

La presencia de **anticuerpos** a los rellenos puede reducir su efectividad o producir una reacción en inyecciones posteriores.

De **inyectarse accidentalmente** en estructuras arteriales puede producir una obstrucción del flujo sanguíneo, llevando a necrosis cutánea en estructuras faciales o daño a la irrigación sanguínea al ojo, con pérdida de la visión.

Puede **migrar** del lugar de la inyección original y crear un volumen visible en el tejido adyacente u otros efectos no buscados.

Anestesia: Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso la muerte, por cualquier forma de anestesia.

Se desconoce si interactúa con **otros fármacos** en el organismo.

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 realizar inyección ácido hialurónico 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: _____