

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE HILOS TENSOSES - PDO

Ciudad y fecha: .....,

...../...../20....

Yo.....luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances y características del tratamiento propuesto, autorizo al Dr./Dra.....y a su equipo, a realizar el procedimiento conocido como **COLOCACIÓN DE HILOS TENSOSES. PDO**

- 1- Se me ha explicado y he comprendido que el tratamiento mencionado tiene por objetivo lograr el tensado cutáneo con la ventaja que no requiere reposo tras su aplicación y que se realiza con anestesia local. Este procedimiento permite retrasar la necesidad de realización de un procedimiento quirúrgico como el lifting.
- 2- Se me ha explicado que durante el procedimiento se emplearán hilos de polidioxamina, un compuesto biológico compatible y reabsorbible por el cuerpo que no produce alergias, muy utilizado en la intervención cardíaca. Una de las ventajas de esta técnica es que el procedimiento puede volver a llevarse a cabo a fin de mantener los efectos deseados. Los mejores candidatos para este procedimiento son los individuos entre 35 y 55 años, cuando la flaccidez es leve a moderada, no siendo recomendable en pacientes con flaccidez severa. Las indicaciones para el empleo de estos hilos son: la elevación de las cejas, elevación de mejillas, reducción de apariencia de los surcos nasogenianos, elevación de comisuras, el perfilado mandibular, elevación del cuello y reducción de bandas platismales.
- 3- Se me ha explicado que existen otras alternativas al procedimiento propuesto, siendo para mi caso particular éste el procedimiento indicado. Asimismo, se me ha dado la oportunidad de efectuar todas aquellas preguntas que consideré pertinentes al respecto, las cuales me han sido respondidas en forma satisfactoria.
- 4- Se me ha expuesto que puedo presentar distintas complicaciones o eventos adversos, los cuales son los propios a todo procedimiento invasivo, así como aquellos relacionados con el estado vital del paciente. A modo ejemplificativo me fueron mencionadas alguna de las complicaciones que podría presentar: inflamación en las áreas tratadas, desarrollo de queloide, edema debido a un proceso inflamatorio local, procesos infecciosos, etc.
- 5- Se me ha explicado y he comprendido que durante el procedimiento pueden surgir imprevistos que obliguen a tener que modificar la forma de llevar a cabo el mismo o bien utilizar variantes de este no contempladas inicialmente.
- 6- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que a pesar que el médico me ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención del mismo.
- 7- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier

complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

- 8- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico a: .....
- 9- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y/o académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 10- He leído y comprendido acabadamente el presente consentimiento, por lo que autorizo la realización el procedimiento indicado.

**Firma del Paciente:** .....

**Documento:** .....

**Aclaración:** .....

**Firma del Médico:**.....

**Aclaración/Sello:**.....