

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CON ÁCIDO HIALURÓNICO

Ciudad:

Fecha...../...../20.....

Yo....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances, características, beneficios y riesgos del tratamiento propuesto autorizo al **Dr./a.....**, y a su equipo, a realizar el procedimiento conocido como **APLICACIÓN INTRADÉRMICA DE ÁCIDO HIALURÓNICO**.

1. Se me ha explicado que el objetivo de la aplicación de ácido hialurónico es el de disminuir las depresiones de la piel (arrugas) y / o los labios, o bien para mejorar la hidratación y elasticidad de esta.

2. Se me ha explicado que el ácido hialurónico es un gel orgánico homogéneo en algunos casos reabsorbible de origen no animal, el cual es aplicado mediante una inyección intradérmica, que en el caso de la aplicación del gel absorbible el tiempo promedio de beneficio logrado con dicho tratamiento no supera los 12 meses desde la aplicación, siendo menor en los labios debido a la propia vascularización de estos.

3. El procedimiento me ha sido totalmente explicado por el profesional, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo, así como también comprendo que pueden ser necesarias más de una sesión para lograr o mantener los beneficios logrados con el tratamiento.

4. Se me ha explicado y he comprendido que existen otras alternativas al tratamiento propuesto para mejorar la apariencia de las arrugas, siendo que para mi caso particular es aconsejable la realización de este procedimiento.

5. Hago saber que se me ha dado la oportunidad de hacer todas aquellas preguntas que consideré pertinentes, todas las cuales me han sido contestadas satisfactoriamente.

6. Asimismo, se me ha explicado que las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias a todo procedimiento invasivo, así como aquellas relacionadas con el estado vital del paciente. A modo ejemplificativo me mencionaron alguna de las complicaciones que podría presentar: reacciones inflamatorias tales como enrojecimiento, edema, eritema, prurito, dolor a la presión, infecciones, hematoma, induración o nódulos en el sitio de la inyección, reacciones alérgicas, cambios temporales en la sensibilidad cutánea, asimetrías, necrosis en la región de la glabella (espacio presente entre ambas cejas), abscesos, granulomas, etc.

7. Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.

8. Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención del mismo.

9. 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.

10. 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.

11. Manifiesto ser alérgico a:

12. Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

13. He leído y entendido acabadamente el presente consentimiento, por lo que autorizo la realización del procedimiento indicado.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello: