**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Este documento faculta, entrega y otorga al especialista tratante la autorización para realizar los procedimientos indicados en cada caso con el pleno consentimiento y conocimiento de los beneficios, desventajas y eventos adversos que se puedan producir durante o después de los mismos.

1. En este procedimiento se contempla las siguientes terapias:

|  |  |
| --- | --- |
| Aplicación Toxina Botulínica ( ) | Aplicación de Ácido Hialurónico ( ) |

1. Acepto este tratamiento y afirmo que he sido plenamente informado de los resultados esperados de este procedimiento, así como las desventajas y los eventos adversos que se puedan producir durante el tratamiento y después del mismo, dentro de los cuales pueden encontraste: inflamación local, hematomas, dolor, entre otros.
2. Eximo de responsabilidad al «=doctor.pretty\_name» que es mi especialista tratante, esto debido a que asumo los imponderables de reacción de mi organismo ante este tratamiento.
3. Aceptos también que la duración de los efectos es temporal y reversible, así también la duración variable.
4. Acepto ser fotografiado, grabado u otros medios, con fines de documentación clínica y educacional, que permita a la institución y a sus profesionales mejorar la docencia de estas técnicas. Así también para publicar los resultados clínicos obtenidos con fines promocionales o educacionales.
5. Así también doy fe de haber entregado todos los antecedentes médicos de alergias, enfermedades autoinmunes, u otras, antecedente de enfermedad crónica, aguda y de tratamientos médicos anteriores y presentes, medicamentos ingeridos con regularidad y cualquier otro antecedente relevante para evitar efectos adversos clínicos en este procedimiento.
6. Me comprometo a asistir al primer control post- tratamiento entre la segunda y cuarta semana luego de la terapia o cuando mi especialista lo requiera, asumiendo la total responsabilidad en caso que exista alguna insatisfacción de parte mía.
7. He leído completamente e íntegramente este documento, acepto y autorizo a ser sometidos a esta terapia antes señalada.
8. El paciente escribe a puño y letra: “**Comprendí el contenido de este consentimiento y acepto**”

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………  Nombre del Testigo Auxiliar | Firma: …………………………….. |
| «=doctor.pretty\_name»  Nombre del Médico Tratante | Firma: …………………………….. |
| «=patient.name»  Nombre del Paciente | Firma: …………………………….. |

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: «=current\_date» | Hora: «=current\_time» |

**CUIDADOS LUEGO DE LA APLICACIÓN**

1. No Masajear ni manipular la region tratada.
2. Evitar temperaturas calientes, exposiciones al sol y actividad fisica despues de la aplicación.
3. Enrojecimiento, molestias leves pueden ocurrir pst procedimientos eyectables. Cualquier inquietud consulte a su médico.
4. Si tiene dudas acerca del tratamiento realizado informe a su medico.
5. Es recomendable controlar la gesticulación para prolongar el efecto de la toxina botulínica.

**MAPA DE APLICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Paciente:  «=patient.name» |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aplicación Toxina Botulínica** | | **Aplicación Ácido Hialurónico** | |
| **REGIÓN A TRATAR** | **UNIDADES** | **REGIÓN A TRATAR** | **UNIDADES** |
| 1. Frontal |  |  |  |
| 1. Procerus |  |  |  |
| 1. Corrugador |  |  |  |
| 1. Orbicular ojos |  |  |  |
| 1. Nasal |  |  |  |
| 1. Depresor de la nariz |  |  |  |
| 1. Orbicular de labios |  |  |  |
| 1. Depresor del ángulo de la boca |  |  |  |
| 1. Mentoriano |  |  |  |
| 1. Plastisma |  |  |  |
| 1. Otras |  |  |  |
| **Unidades Totales** |  |  |  |

OBSERVACIONES: ………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FECHA DE EVALUACIÓN | | PRÓXIMA APLICACIÓN | |
| FECHA: «=current\_date» | HORA: «=current\_time» | FECHA: ………………. | HORA: ………………. |

