

Fecha: / / /.



Dra. Gabriela Figueredo

Nombres _____

Apellidos _____

Fecha de Nacimiento _____

Cédula _____

Teléfono _____

E-mail _____

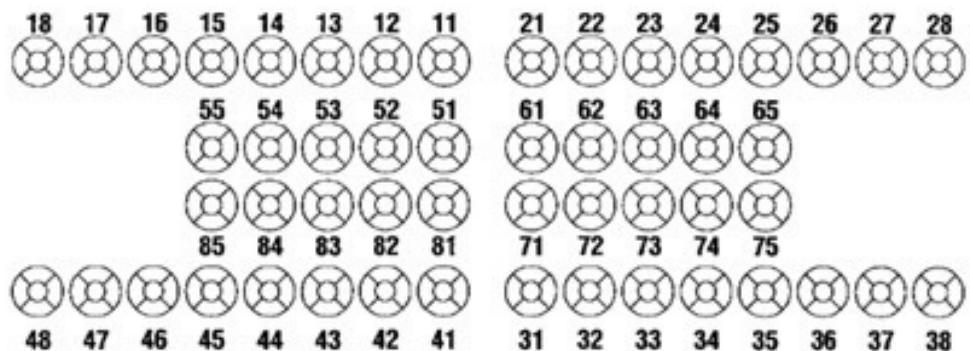
Historico Médico

Toma algún medicamento? Alergia a algún medicamento?

Alergias Anemia Hepatitis Diabetes

Hipertensón Colesterol Otra patología

Odontograma



Plan de tratamiento

Procedimientos Realizados

Consentimiento Informado

Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____, declaro que he sido informado(a) de manera clara sobre mi diagnóstico, el tratamiento odontológico propuesto, sus objetivos, beneficios, posibles riesgos, alternativas existentes y las consecuencias de no realizar dicho tratamiento.

Manifiesto que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas que consideré necesarias y que las mismas han sido respondidas satisfactoriamente, por lo cual acepto de forma libre y voluntaria el tratamiento odontológico indicado.

Asimismo, autorizo la toma de fotografías clínicas (intraorales y/o extraorales) necesarias para el diagnóstico, planificación, control y seguimiento de mi tratamiento. el uso del contenido clínico y fotográfico con fines científicos, académicos, docentes o de divulgación profesional, garantizando la confidencialidad de mis datos personales y el resguardo de mi identidad, conforme a la normativa legal vigente en la República Bolivariana de Venezuela. Entiendo que dicho material no será utilizado con fines comerciales sin mi autorización expresa.

Firma Paciente

Dra. Gabriela Figueredo



Dra. Gabriela Figueredo

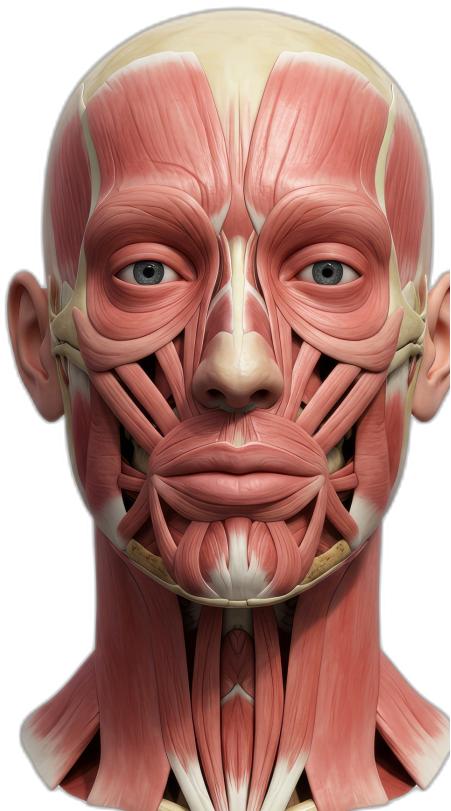
Nombres y Apellidos _____
 Documento de Identidad _____ Teléfono _____

Historico Médico

Toma algún medicamento? Alergia a algún medicamento?

Alergias Anemia Hepatitis Diabetes

Hipertensón Colesterol Otra patología



Frontal		Sonrisa gingival	
Glabela		Mentoniano	
Orbicular D.		Masetero	
Orbicular I.		Temporal	
Nasal		Platisma	
Dep. Ángulo Boca		Otros	

Total Unidades:

Información del Producto:

Procedimientos Realizados

Fecha	Evolución	Firma	

Consentimiento Informado

Se me ha explicado que la toxina botulínica tipo A es un fármaco que produce la relajación temporal de los músculos donde se aplica. En odontología y armonización orofacial, se utiliza con fines estéticos y/o funcionales, como el manejo de arrugas de expresión, desequilibrios musculares faciales y otras indicaciones odontológicas.

Comprendo que los resultados son temporales, con una duración aproximada de 3 a 6 meses, pudiendo variar según mi respuesta individual. No se garantizan resultados exactos.

Entiendo que pueden presentarse efectos leves y transitorios como:

Dolor, enrojecimiento, inflamación o hematomas en la zona tratada. Asimetrías faciales temporales.

Debilidad muscular no deseada o cefalea. Resultados estéticos no esperados o necesidad de retoque.

Declaro haber informado al profesional si estoy embarazada o en período de lactancia, si padezco enfermedades neuromusculares, infecciones activas, alergias conocidas o si consumo medicamentos relevantes.

Autorizo la toma y uso de fotografías clínicas antes, durante y después del procedimiento, las cuales formarán parte de mi historia clínica. Dichas imágenes podrán ser utilizadas con fines académicos, científicos o educativos, garantizando la confidencialidad de mi identidad, salvo autorización expresa por escrito.

Declaro que he recibido información clara y suficiente, que mis dudas han sido aclaradas y que autorizo de forma libre y voluntaria la aplicación de toxina botulínica.

Firma Paciente

Dra. Gabriela Figueredo



Fecha: / / / .

Dra. Gabriela Figueredo

Nombres y Apellidos _____

Documento de Identidad _____ Teléfono _____

Historico Médico

Toma algún medicamento?

Alergia a algún medicamento?

Alergias Anemia Hepatitis Diabetes

Hipertensón Colesterol Otra patología

Exámen Clínico

Signos clínicos o alteraciones _____

Antecedentes de rellenos previos_____

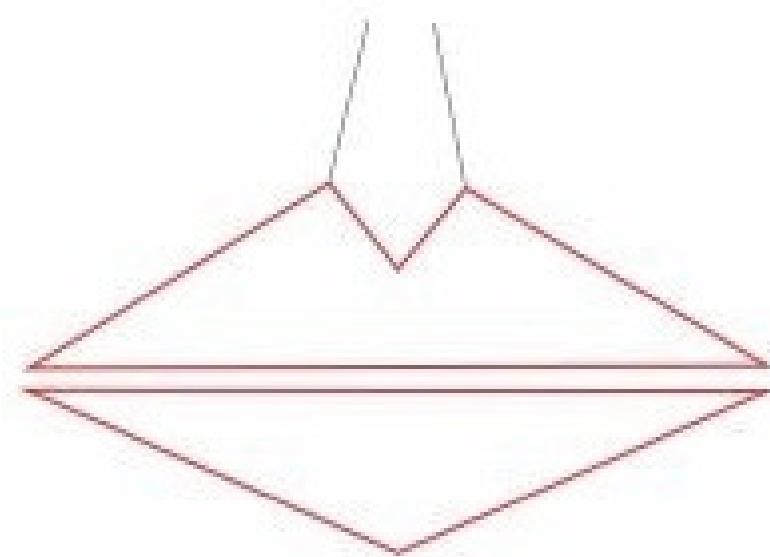
Regiones a tratar con AH

Tratamiento

Surcos Nasogenianos	
Arrugas periorbitales	
Surco labiomental Vertical	
Surco labiomental transverso	
Labios	

Tipo de anestesia	
Cantidad aplicada	
Marca comercial	

Labiograma



Observaciones _____

Consentimiento Informado

Se me ha informado que el ácido hialurónico es un material biocompatible y reabsorbible que se utiliza en odontología y armonización orofacial con fines estéticos y/o funcionales, para restaurar volumen, mejorar contornos faciales, hidratar tejidos y contribuir a la armonía facial. Entiendo que los resultados son temporales, con una duración aproximada de 6 a 18 meses, dependiendo del producto utilizado, la zona tratada y mi respuesta individual. Comprendo que no se garantizan resultados exactos.

He sido informado(a) de que pueden presentarse efectos adversos, generalmente leves y transitorios, tales como: Dolor, enrojecimiento, inflamación o hematomas. Asimetrías temporales o irregularidades. Sensibilidad local. Resultados estéticos no esperados o necesidad de retoque. De manera poco frecuente, pueden presentarse complicaciones que requerirán - manejo profesional oportuno. Declaro haber informado al profesional si estoy embarazada o en período de lactancia, si padezco enfermedades autoinmunes, infecciones activas en la zona a tratar, alteraciones de la coagulación, alergias conocidas.

Autorizo la toma y uso de fotografías clínicas antes, durante y después del procedimiento, las cuales formarán parte de mi historia clínica. Las imágenes podrán utilizarse con fines académicos, científicos o educativos, resguardando mi identidad, salvo autorización expresa por escrito.

Declaro que he recibido información clara y suficiente, que he podido realizar preguntas y que autorizo de forma libre y voluntaria la aplicación de ácido hialurónico.

Firma Paciente

Dra. Gabriela Figueredo