



Formulario de Consentimiento de Neurotoxina Botox, Dysport y Xeomin

El procedimiento a realizar es el tratamiento del cuello / neurotoxina, destinado a eliminar o alisar las arrugas faciales en los músculos de la frente, entre los ojos y las áreas de "patas de gallo". La inyección de toxina botulínica en los músculos pequeños en estas áreas paraliza esos músculos, mejorando la apariencia de las arrugas.

Entiendo que las pequeñas cantidades de se inyectan en los músculos con una aguja pequeña. Dependiendo del área a tratar, se pueden requerir de tres a cinco o más pinchazos. La incomodidad es mínima y dura solo unos segundos. Área de resultados temporal y es necesario reinyectar.

Se pueden tomar fotografías a lo largo de mi tratamiento para monitorear el progreso de la terapia. Entiendo que estas fotografías pueden ser utilizadas con fines educativos.

Se me ha informado que el tratamiento con neurotoxina no tiene efectos secundarios generalizados, pero una posible complicación puede ser el desarrollo de una pequeña área azul y negra (hematomas) que puede persistir durante días. Entiendo que si alguna de las toxinas del botulismo llega a un músculo facial que no está siendo tratado, la debilidad parcial de este músculo puede durar varios meses y el único tratamiento es esperar a que desaparezca el efecto de la toxina. Ocasionalmente ocurren complicaciones menores que no afectan el resultado. Las complicaciones mayores son raras. También entiendo que no seguir las instrucciones post-Neurotoxin puede aumentar las posibilidades de complicaciones.

Este consentimiento es una confirmación por escrito de una discusión que he tenido con un especialista calificado con respecto a las inyecciones de Botox y Xeomin. Certifico que he leído y comprendido toda la información que se me ha presentado antes de firmar este formulario.

Los documentos de consentimiento informado se utilizan para comunicar información sobre el tratamiento propuesto de una enfermedad o afección, junto con la divulgación de riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado intenta definir los principios de la divulgación de riesgos que generalmente deben satisfacer las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, los documentos de consentimiento informado no deben considerarse exhaustivos al definir otros métodos de atención y riesgos encontrados. Su médico puede proporcionarle información adicional o diferente, que se basa en todos los hechos en su caso particular y el estado del conocimiento médico. Los documentos de consentimiento informado no tienen la intención de definir o servir



como el estándar de atención médica. Los estándares de atención médica se determinan sobre la base de todos los hechos involucrados en un caso individual y están sujetos a cambios a medida que avanzan el conocimiento científico y la tecnología y la evolución de los patrones de práctica. Es importante que lea atentamente la información anterior y que todas sus preguntas sean respondidas antes de firmar el consentimiento en la página siguiente.

1. Acepto la administración de cualquier tratamiento relacionado que pueda considerarse necesario o aconsejable para mi procedimiento.

Esto incluye, pero no se limita a, anestésicos locales, como inyecciones de anestesia con lidocaína 1% -2% con o sin epinefrina; y / o anestésicos tópicos tales como crema o benzocaína / lidocaína / tetracaína; y / o preparaciones tópicas orales de benzocaína. Los riesgos, efectos secundarios y complicaciones de estos anestésicos incluyen, entre otros, irritación de la piel (picação o enrojecimiento), mareos, ritmo cardíaco rápido, trastornos visuales y entumecimiento de la lengua. Informaré al médico o al personal de inmediato si tengo alguno de estos síntomas. No soy alérgico a la lidocaína, a la epinefrina ni a los anestésicos. Entiendo que los tratamientos con botulismo toxina / neurotoxina se refieren a las inyecciones de botulismo toxina / neurotoxina y cualquier tratamiento relacionado.

2. No hay garantía de que se reduzcan las arrugas y los pliegues. Entiendo que puedo requerir tratamientos adicionales para lograr la corrección.

3. Entiendo que los costos de los tratamientos con neurotoxinas no están cubiertos por el seguro. Si necesito un tratamiento adicional, soy responsable del costo de ese tratamiento adicional.

4. Autorizo la toma de fotografías clínicas. Su uso es para la documentación de mis características de "antes".

5. He revelado completamente todo mi historial médico. Entiendo que es mi responsabilidad informar y actualizar al médico o al personal sobre cualquier cambio en mi estado de salud e historial médico.

6. Soy un adulto de al menos 18 años de edad. Mi firma a continuación certifica que he leído completamente este formulario de consentimiento y que entiendo la información que se me proporcionó con respecto al procedimiento propuesto. Me han informado adecuadamente sobre el procedimiento, incluidos los posibles beneficios, limitaciones y tratamientos alternativos. He tenido tiempo suficiente para considerar la información y todas mis preguntas y preocupaciones han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo y acepto los riesgos, los efectos secundarios y las posibles complicaciones asociadas con los tratamientos con neurotoxinas.

7. Doy mi consentimiento y autorizo a un médico o proveedor capacitado para realizar tratamientos con neurotoxinas. Este consentimiento se aplicará a todos los tratamientos con neurotoxinas.



8. Si tengo algún problema después del tratamiento, llamaré a la oficina (910) 323-3757.

9. LA INFORMACIÓN HA SIDO EXPLICADA A MI DE UNA MANERA EN LA QUE YO ENTIENDO:

EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO EXPLICADO PUEDEN) SER PROCEDIMIENTOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO ALTERNATIVOS. HAY RIESGOS AL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO.

Consiento el tratamiento o procedimiento y los elementos enumerados anteriormente (1-9).

SOY SATISFECHO CON LA EXPLICACIÓN.

Nombre de paciente (escrito)

Firma de Paciente

Fecha

Firma de Testigo

Fecha