



Rellenos Dermicos

Formulario de Consentimiento Informado

Instrucciones: Este consentimiento está diseñado para darle la información necesaria para que usted pueda decidir si quiere someterse a el tratamiento de rellenos dermales para las arrugas, defectos contrarios, y ensanchamiento labial. Si tiene alguna pregunta por favor pregunte a su Doctor o enfermera.

Introducción: Los tratamientos de relleno dérmico consisten en la inyección de ácido hialurónico purificado, hidroxiapatita de calcio, metacrilato de polimetilo, ácido poli-L-láctico en la piel para recuperar el volumen, contornear la cara y / o el cuerpo y suavizar las arrugas. Se necesitan pruebas cutáneas antes del tratamiento con PMMA. Al igual que las formas naturales de sustancias de relleno en nuestro cuerpo, los rellenos eventualmente pierden su forma y se desgastan. Si bien los efectos de los rellenos inyectables y los estimuladores de colágeno pueden durar hasta 24 meses o más, el procedimiento aún es temporal. Se requieren tratamientos continuos para mantener las mejoras logradas con los rellenos dérmicos. Sin embargo, debido a los diversos factores que influyen en la descomposición de estas sustancias, no se pueden ofrecer garantías con respecto a la duración de la corrección en un paciente específico. Tratamiento alternativo Las alternativas al relleno y los tratamientos estimulantes del colágeno incluyen, entre otros, otros rellenos dérmicos (por ejemplo, colágeno, grasa, polímeros sintéticos), tratamiento con láser, cirugía o ningún tratamiento.

Pacientes que pueden ser elegibles para tratamientos de relleno Los pacientes con las siguientes condiciones pueden no recibir tratamientos de relleno dérmico o estimulantes de colágeno: reacciones alérgicas previas a productos de relleno inyectables, incluidos ácidos hialurónicos, colágeno bovino, hidroxiapatita de calcio, metacrilato de polimetilo, ácido poli-L-láctico, antecedentes de una reacción alérgica grave (anafiláctica), inflamación activa o infección en el área de tratamiento (por ejemplo, granos, herpes, erupción cutánea, urticaria), embarazo o lactancia.

Ciertas condiciones requieren precaución con los rellenos inyectables y pueden impedir que un paciente reciba tratamiento: alergias graves múltiples, cicatrices anormales elevadas o formación de queloides, curación deficiente (debido a la diabetes u otras condiciones como el cáncer) y el uso a largo plazo de Prednisona u otro esteroide terapia. La información viral recurrente como el herpes simple (herpes labial) puede activarse con tratamientos de relleno. El médico o el personal deben ser notificados de estas condiciones antes de los tratamientos. La aspirina, el ibuprofeno o el aceite de pescado se deben suspender una semana antes del tratamiento para disminuir el riesgo de moretones.

1. Doy mi consentimiento para 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 ungüento de benzocaína / lidocaína / tetracaína; y / o preparaciones orales de benzocaína. Los riesgos, efectos secundarios y complicaciones de estos anestésicos incluyen, entre otros, irritación de la piel (picazón o enrojecimiento), mareos, ritmo cardíaco rápido, trastornos visuales y



entumecimiento de la lengua. Informaré al médico o enfermera inmediatamente si experimentas alguno de estos síntomas. No soy alérgico a la lidocaína, a la epinefrina ni a los anestésicos. Entiendo que los tratamientos de relleno dérmico se refieren al ácido hialurónico, la hidroxiapatita de calcio, el metacrilato de polimetilo, las inyecciones de poli-L-láctica y cualquier tratamiento relacionado.

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

3. Entiendo que las tarifas para los tratamientos de relleno dérmico no están cubiertas por el seguro. Si necesito tratamiento adicional, soy responsable del costo de ese tratamiento adicional. 4. He leído completamente y acepto cumplir con las instrucciones de tratamiento previo y posterior al tratamiento. Entiendo que no seguir con cuidado estas instrucciones puede afectar el resultado de mi tratamiento y aumentar la probabilidad o la gravedad de las complicaciones.

5. Autorizo la toma de fotografías clínicas.

6. He divulgado completamente todo mi historial médico. Entiendo que es mi responsabilidad informar y actualizar al médico o la enfermera de cualquier cambio en mi estado de salud e historial médico.

7. Entiendo que se me ha solicitado que suspenda la aspirina, el ibuprofeno o el aceite de pescado una semana antes del tratamiento para disminuir los moretones.

8. Soy un adulto mayor de 18 años. 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 e inquietudes han sido respondidas satisfactoriamente. Entiendo y acepto los riesgos, efectos secundarios y posibles complicaciones asociadas con los tratamientos de relleno dérmico.

9. Doy mi consentimiento y autorizo a un proveedor capacitado de Cirugía plástica Medspa Fayetteville de Cape Fear Aesthetics para realizar tratamientos de relleno dérmico y / o estimulantes de colágeno. Este consentimiento se aplicará a todos los tratamientos de relleno dérmico y estimulador de colágeno.

10. Si tengo alguna pregunta o problema después de los tratamientos, llamaré a la oficina al (910) 323-3757.

11. La información me ha sido explicada de una manera que yo entiendo: El tratamiento o procedimiento anterior a realizarse. Puede haber procedimientos o métodos de tratamiento alternativos. Existen riesgos para el procedimiento o tratamiento propuesto. Doy mi consentimiento para el tratamiento o procedimiento y los elementos enumerados anteriormente (1-11). Estoy satisfecho con la explicación.

Nombre del paciente: _____
(Imprimir)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre de Testigo: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____