

**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE ARRUGAS FACIALES MEDIANTE  
LA INYECCION DE IMPLANTES DEFINITIVOS**

Ciudad y fecha: ...../...../20.....-

**1.** Yo....., con diagnóstico

presuntivo de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos del mismo, como así también las características y beneficios esperados del

tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a** .....  
y a su equipo a realizar un procedimiento conocido como **INYECCIÓN DE IMPLANTES DEFINITIVOS**, que se realizará  
en.....**2.** Los implantes inyectables son empleados la mayoría de las veces en la región facial, aunque también pueden ser beneficiosos en otras partes del cuerpo y pueden ser utilizados para rellenar:

2.1 Arrugas y líneas de envejecimiento: Faciales, en labios, comisuras de la boca, entrecejo, cuello, alrededor de los ojos (perioculares) o de la boca (periorales).

2.2 Surcos profundos: naso-labial (desde la nariz hasta la boca) o glabellares (líneas entre las cejas).

2.3 Cicatrices de acné u otros tipos de deficiencias titulares.

2.4 O para dar volumen:

2.4.1 En labios, pómulos, mentón, mandíbula, ángulos mandibulares, etc.

2.4.2 En pacientes con tratamiento VIH.

2.4.3 En las atrofas y asimetrías faciales

**3.** Los implantes son introducidos en el organismo mediante inyección a nivel dérmico o subdérmico, de acuerdo al tipo de producto y las características del defecto. Según su origen se clasifican en biológicos (de origen orgánico) y no biológicos (de origen sintético) y según su duración en: reabsorbibles e irreabsorbibles.

3.1 Implantes reabsorbibles: Los rellenos inyectables temporales, rápidamente biodegradables, poseen una duración limitada entre los 2 y, como mucho, los 6 meses. Los productos más frecuentemente utilizados son los derivados del colágeno (autólogo o bovino) o del ácido hialurónico (de origen animal o de síntesis). Otro producto con las características de reabsorbible es el ácido poliláctico (antes llamado New Fill y actualmente Scultra) cuya duración oscila entre los 12 y 18 meses.

3.2 Implantes irreabsorbibles: Son definitivos, es decir, no reabsorbibles y entre ellos cabe destacar: Metacrilato (Artecoll y Dermalive), Acrilamidas (Aquamid y Evolution) y Polialquilimidias.

3.3 En mi caso se utilizará.....

**4.** El procedimiento enunciado en el punto 1º me ha sido totalmente explicada por el profesional, por lo que entiendo la naturaleza y consecuencias del mismo, y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente aclarados:

4.1 Se me ha explicado que pueden ser necesarias varias sesiones para completar la serie de inyecciones

4.2 Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de intervenciones son las propias de todo procedimiento invasivo, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:

4.2.1 **Frecuentes:** Edema y sensibilidad en los días posteriores a la aplicación.4.2.2 **Menos frecuentes:** Reacciones alérgicas de tipo cuerpo extraño, responden terapéuticamente al tratamiento con inyecciones locales de betametasona, y excepcionalmente requieren tratamiento con otro tipo de drogas beneficiosas para el tratamiento de cicatrices queloideas, desplazamiento y superficialización del líquido, en labios y región perioral pueden aparecer induraciones (por reacción fibrosa muy exagerada) y deformidades labiales, en los surcos naso-genianos, empastamiento o pérdida de flexibilidad de la piel.**5.** Asimismo, también me ha sido informado que este tipo de tratamientos está contraindicado cuando ya se haya realizado otro tratamiento anterior con implantes inyectables de otro tipo, en casos de alergia al colágeno o productos de origen bovino, alergia a la lidocaína, afecciones inmunológicas, susceptibilidad a los queloideos o tratamiento actual con corticoides.**6.** Estoy en conocimiento de que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo tanto, autorizo y requiero que el profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y

deseables a su juicio profesional. Así también autorizo a que el profesional o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-procedimiento.-

**7.** Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el Profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.-

**8.** 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 procedimiento, 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 -

**9.** Declaro bajo juramento 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.

Manifiesto ser alérgico a: .....

**10.** Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

**11.** Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

**12.** He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo el procedimiento indicado.-

**Firma del paciente:** ..... **Documento:** .....

**Aclaración:**.....

**SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:**

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que lo integran, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.-

**(1) Firma:** ..... **(2) Firma:** .....

**Aclaración:** ..... **Aclaración:** .....

Documento: ..... Documento: .....

Teléfono: ..... Teléfono: .....

Domicilio: ..... Domicilio: .....

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: .....