

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULINICA

W. Jeffrey Battles, D.M.D., P.C.

1206 West Waugh Street Dalton, Georgia 30720

(706)226-3230

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

El propósito de este formulario de consentimiento informado es proporcionar información escrita sobre los riesgos, beneficios y alternativas del procedimiento mencionado anteriormente. Este material sirve como complemento a la conversación que tiene con su médico / proveedor de atención médica. Es importante que comprenda completamente esta información, así que lea este documento detenidamente. Si tiene alguna pregunta sobre el procedimiento, consulte a su médico / profesional de la salud antes de firmar el formulario de consentimiento.

EL TRATAMIENTO

La toxina botulínica (Botox y agentes similares) es una neurotoxina producida por la bacteria Clostridium A. La toxina botulínica puede relajar los músculos en áreas de la cara y el cuello que causan arrugas asociadas con expresiones faciales o dolor facial. El tratamiento con toxina botulínica puede hacer que sus líneas de expresión o arrugas faciales sean menos notorias o desaparezcan esencialmente. Las áreas tratadas con mayor frecuencia son: a) área glabellar de líneas de expresión, ubicada entre los ojos; b) patas de gallo (áreas laterales de los ojos); c) arrugas en la frente; d) líneas de labios radiales (líneas de fumadores), e) músculos de la cabeza y el cuello. Botox se diluye a una solución muy controlada y cuando se inyecta. El procedimiento dura entre 15 y 20 minutos y los resultados pueden durar hasta 3 meses. Con tratamientos repetidos, los resultados tienden a durar más.

Inicial _____

RIESGOS Y COMPLICACIONES

Antes de someterse a este procedimiento, es fundamental comprender el riesgo. Ningún procedimiento está completamente libre de riesgos. Puede ocurrir el siguiente riesgo, pero puede haber riesgos imprevistos y riesgos que no están incluidos en esta lista. Algunos de estos riesgos, si ocurren, pueden requerir hospitalización y / o terapia ambulatoria prolongada para permitir un tratamiento adecuado. Se me había explicado que existen ciertos riesgos y efectos secundarios inherentes y potenciales en cualquier procedimiento invasivo y, en este caso específico, dichos riesgos incluyen, entre otros: 1) Malestar, hinchazón, enrojecimiento y

hematomas después del tratamiento 2. Doble visión 3. Un conducto lagrimal debilitado 4. Infección bacteriana y / o fúngica posterior al tratamiento que requiere tratamiento adicional 5. Reacción alérgica 6. Caída temporal leve de los párpados en aproximadamente el 2% de las inyecciones, esto generalmente dura de 2 a 3 semanas 7 Adormecimiento ocasional de la frente que dura hasta 2-3 semanas 8. Dolor de cabeza transitorio y 9. Pueden aparecer síntomas similares a los de la gripe.

Inicial _____

EMBARAZO, ALERGIAS Y ENFERMEDAD NEUROLOGICA

No sé qué estoy embarazada y no estoy tratando de quedar embarazada, no estoy amamantando (amamantando). No tengo ninguna enfermedad neurológica significativa que incluya, entre otros, miastenis gravis, esclerosis múltiple, síndrome de lambert-eaton, esclerosis lateral amiotrófica (ELA) y Parkinson. No soy alérgico a los ingredientes de la toxina ni a la albúmina humana.

Inicial _____

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

Se me han explicado completamente las alternativas a los procedimientos y opciones para los que me he ofrecido como voluntario.

Inicial _____

PAGO

Entiendo que este es un “procedimiento electivo y que el pago es mi responsabilidad y se espera al momento del tratamiento.

Inicial _____

DERECHO A SUSPENDER EL TRATAMIENTO

Entiendo que tengo derecho a interrumpir el tratamiento en cualquier momento.

Inicial _____

MATERIALES DE PUBLICIDAD

Autorizo la toma de fotografías y videos clínicos y su uso con fines científicos y de marketing tanto en publicaciones como en presentaciones. Durante los cursos impartidos por Common Sense Dentistry y / o The American Academy of Facial Esthetics (AAFE), entiendo que se pueden tomar fotografías y videos de mí con fines educativos y de marketing. Eximo a AAFE de cualquier responsabilidad derivada de esta producción. Renuncio a mis derechos de regalías, tarifas y de inspeccionar la producción terminada, así como los materiales publicitarios junto con estas fotografías.

Inicial _____

RESULTADOS

Soy consciente de que cuando se inyectan pequeñas cantidades de toxina botulínica purificada en un músculo, se produce debilidad o parálisis de ese músculo. Esto aparece en 2-10 días y generalmente dura hasta 3 meses, pero puede ser más corto o más largo. En un número muy

reducido de personas, la inyección no funciona tan satisfactoriamente o durante tanto tiempo como de costumbre y hay algunas personas que no responden en absoluto. Entiendo que no podré usar los músculos inyectados como antes mientras la inyección sea efectiva, pero esto se revertirá después de un período de meses, momento en el cual es apropiado repetir el tratamiento. Entiendo que debo permanecer en la postura erguida y que no debo manipular el área (s) de la inyección durante el período de 2 horas después de la inyección.

Inicial _____

Entiendo que este es un procedimiento electivo y voluntariamente doy mi consentimiento para el tratamiento con inyecciones de toxina botulínica para las arrugas dinámicas faciales, disfunción de la ATM, bruxismo y tipos de dolor orofacial, incluidos dolores de cabeza y migrañas. Se me ha explicado completamente el procedimiento. También entiendo que cualquier tratamiento realizado es entre yo y el médico / proveedor de atención médica que me está tratando y dirigiré todas las preguntas o inquietudes posoperatorias al médico tratante. He leído lo anterior y lo entiendo. Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto los riesgos y complicaciones del procedimiento y entiendo que no hay garantías implícitas en cuanto al resultado del procedimiento. También certifico que, si tengo algún cambio en mi historial médico, se lo notificaré al médico / profesional de la salud que me atendió de inmediato. También digo que leo y escribo en inglés.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha

¿Historial de salud completado?

Sí o No Fecha: _____ Inicial del médico: _____

¿Se completó el examen dental / de cabeza y cuello?

Sí o No Fecha: _____ Inicial del médico: _____

Soy el médico tratante / profesional sanitario. Discutí los riesgos, beneficios y alternativas anteriores con el paciente. El paciente tuvo la oportunidad de obtener respuestas a todas sus preguntas y se le ofreció una copia de este consentimiento informado. Se le ha dicho al paciente que se comunique con mi consultorio si tiene alguna pregunta o inquietud después de este procedimiento de tratamiento.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)

Firma del paciente

Fecha