

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON RELLENO DÉRMICO

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

El tratamiento con rellenos dérmicos (como Juvederm, Restylane, Radiesse y otros) puede suavizar los pliegues y arrugas faciales, agregar volumen a los labios y contornear los rasgos faciales que han perdido su volumen y plenitud debido al envejecimiento, la exposición al sol, enfermedades, etc. El rejuvenecimiento facial se puede realizar con mínimas complicaciones. Estos rellenos dérmicos se inyectan debajo de la piel con una aguja excepcionalmente fina. Este procedimiento de volumen natural aparece debajo de las arrugas y pliegues que se levantan y suavizan. Los resultados a menudo se pueden ver de inmediato.

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, hematomas y decoloración después del tratamiento; 2) Infección posterior al tratamiento asociada con cualquier inyección transcutánea; 3) reacción alérgica; 4) Reactivación del herpes (herpes labial); 5) Grumos, manchas visibles de color amarillo o blanco; 6) Formación de granulomas; 7) Necrosis localizada y / o desprendimiento, con costra y / o sin costra si ocurre la oclusión del vaso.

Inicial _____

EMBARAZO Y ALERGIAS

No sé qué estoy embarazada. No estoy tratando de quedar embarazada. No estoy amamantando (amamantando). No tengo o no he tenido ninguna enfermedad importante que me impida recibir rellenos dérmicos. Certifico que no tengo múltiples alergias o una alta sensibilidad a los medicamentos, que incluyen, entre otros, la lidocaína.

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 en el 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

Se ha demostrado que los rellenos dérmicos son seguros y eficaces en comparación con los implantes cutáneos de colágeno y productos relacionados para rellenar arrugas, líneas y pliegues en la piel del rostro. Su efecto puede durar hasta 6 meses. La mayoría de los pacientes están satisfechos con los resultados del uso de rellenos dérmicos. Sin embargo, como cualquier procedimiento estético, no hay garantía de que esté completamente satisfecho. No hay garantía de que las arrugas y los pliegues desaparezcan por completo, o de que no necesite un tratamiento adicional para lograr los resultados que busca. El procedimiento de relleno dérmico es temporal y se requerirán tratamientos adicionales periódicamente, generalmente dentro de los 4 a 6 meses, que incluyen inyecciones adicionales para que el efecto continúe. Soy consciente de que será necesario un tratamiento de seguimiento para mantener los efectos completos. Soy consciente de que la duración del tratamiento depende de muchos factores que incluyen, entre otros, la edad, el sexo, las

condiciones de los tejidos, las condiciones generales de mi salud y estilo de vida y la exposición al sol. La corrección, dependiendo de estos factores, puede durar hasta 6 meses y en algunos casos más corta y en algunos casos más. Me han instruido y entiendo las instrucciones posteriores al tratamiento.

Inicial_____

Entiendo que este es un procedimiento electivo y voluntariamente doy mi consentimiento para el tratamiento con rellenos dérmicos para el rejuvenecimiento facial, realce de labios, establecer líneas adecuadas de labios y sonrisas y reemplazar el volumen facial. 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