



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA.

YO _____ RUT: _____

declaro haber sido informado por la doctora _____

RUT: _____ claramente sobre el tratamiento propuesto. Estoy absolutamente consiente sobre todos los beneficios, riesgos, indicaciones, contraindicaciones, principales efectos colaterales y advertencias relacionados con la aplicación con fines estéticos de la toxina botulínica. Me comprometo a seguir todas las indicaciones post tratamiento que se me han indicado de manera verbal y escrita.

Estoy en conocimiento que la marca de toxina botulínica que aplicarán es:

INTRODUCCIÓN:

La toxina botulínica es una neurotoxina producida por una bacteria llamada Clostridium Botulinum. El mecanismo de acción de ésta, es bloquear la liberación de Acetilcolina (neurotransmisor responsable de la contracción muscular); por lo tanto, su utilización con fines estéticos, consiste en relajar la capacidad contráctil del músculo con la finalidad de atenuar las líneas de expresión móviles del tercio superior del rostro (frente, entre cejo y patas de gallo).

También se utiliza para tratar zonas del tercio medio e inferior del rostro como: nariz, labios, mentón e incluso como tratamiento co ayudante para minimizar síntomas relacionados con el bruxismo.

Estoy consciente que el tratamiento no está indicado en:

- 1) Pacientes que tienden a desarrollar patologías cicatriciales, enfermedades neuromusculares como miastenia gravis, patologías autoinmunes, alteraciones de la pigmentación de la piel, hipersensibilidad a uno de los componentes del producto, focos infecciosos y/o inflamatorios en zona de punción.
- 2) Pacientes que están en tratamiento con antibióticos tipo aminoglucósidos, mujeres embarazadas o en periodo de lactancia y menores de 18 años.
- 3) Pacientes en tratamiento con anticoagulantes o anti agregante plaquetarios (aspirina).
- 4) No debe ser utilizado al mismo tiempo o en el mismo lugar en asociación con terapia laser, peeling químico, dermoabrasiones o mesoterapia por al menos 1 mes post procedimiento de estas mismas.



El uso e indicaciones de tratamiento fueron explicadas y bien aclaradas por el cirujano- dentista y tuve la oportunidad de aclarar todas mis dudas satisfactoriamente.

Los siguientes puntos fueron especialmente aclarados:

Si bien se ha demostrado que la toxina botulínica es un fármaco seguro y en general los efectos adversos y complicaciones son poco frecuentes y temporales, ya que hasta la fecha no se han descrito complicaciones irreversibles:

- 1) Pueden ocurrir reacciones inflamatorias (edema, eritema), que pueden estar asociados a prurito, ardor o dolor post aplicación del producto. Pueden aparecer marcas transitorias, hematomas, enrojecimiento de la piel. Estos eventos son por lo general transitorios y reversibles.
- 2) Estas reacciones pueden durar hasta dos semanas.
- 3) Sangramiento durante y después de la inyección.
- 4) Dolor durante y después del tratamiento.
- 5) Puede ocurrir pérdida de fuerza muscular.
- 6) Diplopía.
- 7) Cejas de Nefisto
- 8) Elevación excesiva de la cola de la ceja
- 9) Ptosis de las cejas (caída)
- 10) Asimetría de las cejas
- 11) Ptosis palpebral superior (caída del párpado superior)
- 12) Edema del párpado inferior
- 13) Sonrisa trabada (en tratamiento para bruxismo)
- 14) Incompetencia labial (al tratar bunny lines)

Tengo conocimiento que la duración de los resultados es variable y reversible, siendo de 3 a 6 meses y me explicaron que los efectos iniciales son percibidos a los 4-7 días post aplicación, incluso tardando hasta dos semanas. Su efecto máximo se alcanza a los 15 días post aplicación. Es obligatorio un control a los 15 días post tratamiento para evaluar posibilidad de realizar una nueva pequeña aplicación para corregir pequeñas asimetrías o potenciar resultados.



Posterior al control, debe comprometerse a no realizar una nueva aplicación hasta por lo menos 4 meses. Si se realizara una nueva aplicación antes, podría generar resistencia a la toxina botulínica, minimizando el efecto de esta en futuras aplicaciones.

En musculaturas muy potentes, es muy probable que no logremos atenuar completamente las líneas de expresión, sin embargo, se recalca que es un **TRATAMIENTO** y que, para lograr los resultados deseados, se necesitarán aplicaciones a lo largo del tiempo.

Estoy consciente que la practica odontológica y médica no son ciencias exactas y que a pesar que la Dra. _____ me ha explicado detalladamente todos los beneficios y riesgos del tratamiento, no puede asegurar ni afirmar resultados garantizados.

Doy fe de no haber alterado u omitido mis datos o antecedentes médicos y clínicos, los cuales están constatados en mi ficha clínica mediante una anamnesis y examen clínico exhaustivo llevado a cabo por la Dra _____

Autorizo en plena conformidad a realizar el tratamiento propuesto por la profesional, ya que leí y entendí cada punto del presente consentimiento informado.



DECLARO que he comprendido adecuadamente la información que contiene este documento, que firmo el consentimiento para la realización del procedimiento que se describe en el mismo, que he recibido copia del mismo y que conozco que el consentimiento puede ser revocado por escrito en cualquier momento.

Nombre, Rut, Fecha y Firma

DECLARO haber informado al paciente y al familiar, tutor o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.

Nombre, Rut, Fecha y Firma

DECLARO SER TESTIGO de que se le informa al paciente, tutor, familiar o representante del mismo del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar, explicándole los riesgos y complicaciones posibles del mismo.

Nombre, Rut, Fecha y Firma