



## HOJA DE CONSENTIMIENTO Y TRATAMIENTO PARA TÓXINA BOTULÍNICA TIPO A

1.- El objetivo de la técnica es la reducción selectiva y temporal de la contracción en la musculatura hiperactiva, durante un periodo habitualmente que oscila entre 4 y 6 meses, mediante la acción selectiva de la toxina botulínica tipo A en las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas.

La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento se realiza habitualmente sin anestesia, y en algunas ocasiones con anestesia local.

3.- El tratamiento consiste en la inyección de toxina botulínica en aquellas áreas donde se pretende obtener su efecto.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, en general poco frecuentes y poco graves como infección, cambios en la sensibilidad cutánea, reacciones alérgicas, asimetría de la zona tratada, sequedad de manos y axilas por hipofuncionalidad temporal de los anejos cutáneos y glándulas sudoríparas. Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una reintervención, en algunos casos de urgencia. Ningún procedimiento invasivo está completamente exento de riesgos importante, incluso de mortalidad, si bien esta posibilidad es extremadamente infrecuente.

El médico también me ha dicho que para obtener mejores resultados puede ser necesaria la repetición del tratamiento. También me ha advertido el médico que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicaciones actuales, antecedentes de herpes simple facial, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia.

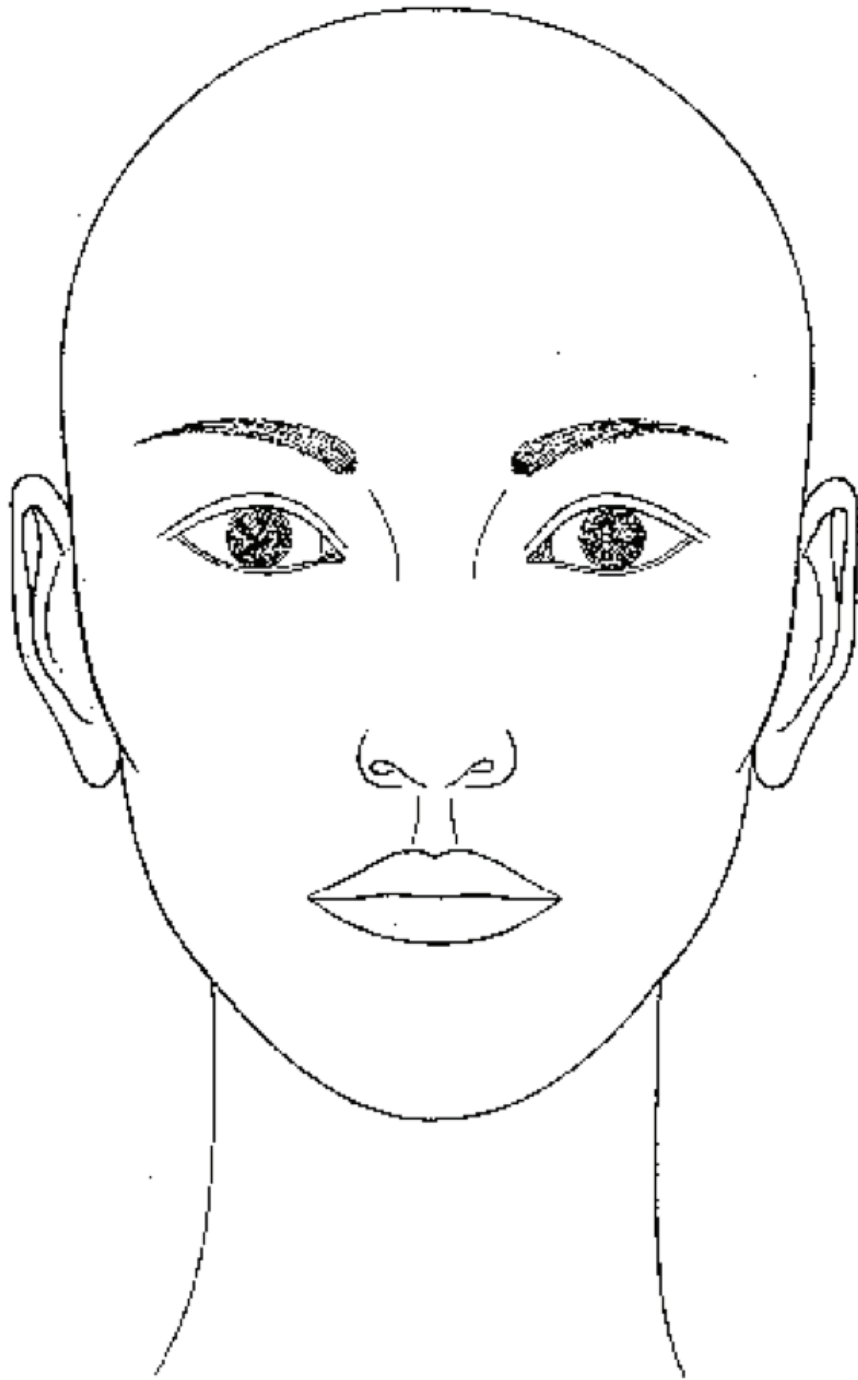
5.- En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

### CONSIENTO

Nombre:  Fecha:  Cédula No.:

Firma médico tratante:



**COMENTARIOS:**

A large, empty rectangular box with a light gray background, intended for providing comments or feedback.