



HOJA DE CONSENTIMIENTO Y TRATAMIENTO DE ÁCIDO HIALURÓNICO

Que el DOCTOR/A [REDACTED] me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TRATAMIENTO CON ÁCIDO HIALURÓNICO.

1.- El objetivo de la técnica es conseguir un relleno dérmico en el tratamiento de arrugas, cicatrices, deformidades del contorno o aumento y disminución de los labios.

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

2.- El médico me ha explicado que a lo largo del tratamiento puede ser necesaria la administración de anestesia local o tópica, de cuyos riesgos me ha informado el facultativo.

3.- El tratamiento consiste en inyectar en la piel ácido hialurónico, que es un gel sintético no animal.

La duración del efecto conseguido es variable, oscilando entre uno y dos años. Se puede repetir el tratamiento o inyectar pequeñas dosis para retoque, siempre que sea necesario, sin necesidad de intervalo.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como hinchazón, enrojecimiento, dolor, escozor y pérdida de color en la zona de implantación que suelen desaparecer en el plazo aproximado de uno a dos días en el caso de inyección cutánea y en una semana en el caso de inyección labial; también pueden aparecer pequeños hematomas que suelen desaparecer espontáneamente en varios días. En casos excepcionales la hinchazón puede extenderse a los tejidos circundantes, desapareciendo en los plazos referidos. También en raras ocasiones pueden presentarse erupciones similares al acné, que aparecen poco tiempo después de la inyección o semanas más tarde y que suelen desaparecer espontáneamente a las pocas semanas.

El médico me ha advertido que el tratamiento de los labios puede reactivar un herpes simple recidivante.

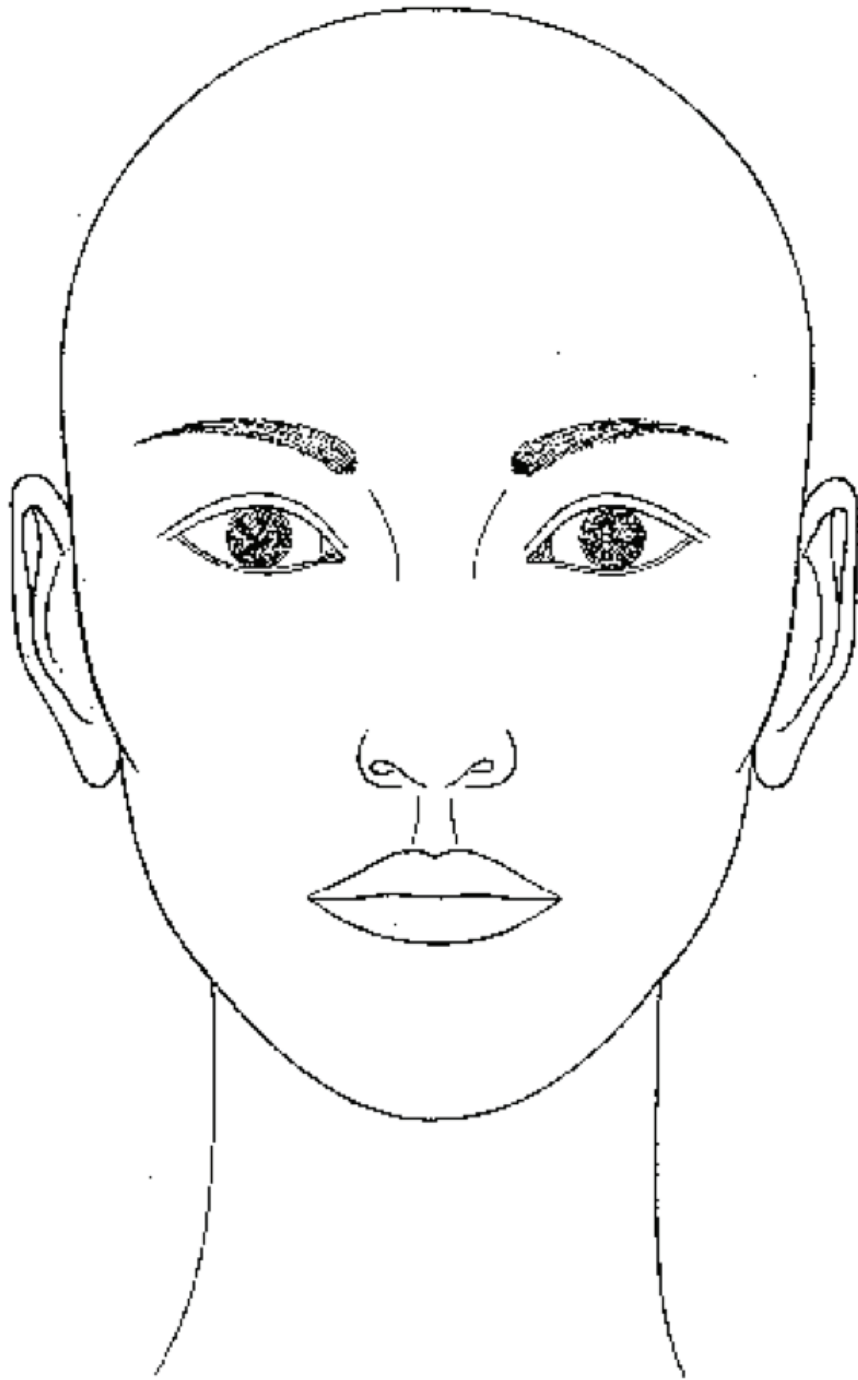
5.- En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

CONSIENTO

Nombre: [REDACTED] Fecha: [REDACTED] Cédula No.: [REDACTED]

Firma médico tratante:

[REDACTED]



COMENTARIOS:

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