

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO CON MICROFILLERS Y RELLENOS EN EL TERCIO INFERIOR FACIAL



El presente consentimiento informado ha sido elaborado por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña - ICOEC - con el objetivo de garantizar que usted ha sido informad@ de todas las complicaciones y alternativas terapéuticas del presente tratamiento y como garantía de una atención clínica de calidad.



Los profesionales sanitarios y el personal de esta clínica se compromete a informarle de todas las posibles modificaciones de la planificación inicial del tratamiento, cumpliendo así con los criterios éticos de nuestro código profesional.

El código ético de este odontólogos y estomatólogos está disponible en la página web de este colegio profesional: www.icoec.es

Al tiempo que nuestra clínica y usted nos vinculamos a través de este consentimiento informado, usted se compromete a realizar las revisiones y el mantenimiento específico e indicado para cada uno de los tratamientos. Recuerde que este mantenimiento es esencial para prolongar y asegurar la duración y calidad de nuestros tratamientos.



Datos / sello de la clínica dental

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO CON MICROFILLERS Y RELLENOS EN EL TERCIO INFERIOR FACIAL



Clínica

Dr./Dra.

Colegiado nº

CONSENTIMIENTO INFORMADO TRATAMIENTO CON MICROFILLERS Y RELLENOS EN EL TERCIO INFERIOR FACIAL

D.....mayor de edad con DNI nº

D.....

En calidad de padre, madre, tutor o representante legal con DNI nº

Declaro que:

He recibido información suficiente sobre estos tratamientos y he podido comprender su técnica, limitaciones, contraindicaciones y limitaciones. También he comprendido y he sido informado de las posibles alternativas terapéuticas a estos tratamientos y que una de sus principales indicaciones en mi caso, es mejorar el estado anímico y emocional que provocan las alteraciones anatómicas por el paso del tiempo.

He tenido la **oportunidad de hacer preguntas** y he recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas. Particularmente, he recibido información con respecto a cuándo no usar el tratamiento con estos productos y también he sido informado sobre las precauciones que se deben tomar con estos productos y las reacciones comunes relacionadas con la inyección.

Estas **reacciones incluyen** enrojecimiento, inflamación, picazón, hematoma y sensibilidad en el sitio del implante. Estas reacciones generalmente son de leves a moderadas y usualmente se alivian espontáneamente en pocos días después de la inyección en la piel y en una semana después de la inyección en los labios.

También he sido informado sobre los **riesgos envueltos** al inyectar áreas con estructuras sensibles subyacentes como nervios, vasos y ojos cuando se tratan las arrugas y defectos cutáneos alrededor de los mismos.

Existe también la posibilidad de producirse pequeños bultos en los sitios de tratamiento, e irregularidades que pueden durar varias semanas si la inyección en la piel es demasiado superficial.

Las **reacciones** han aparecido en unos pocos días o pocas semanas después del tratamiento. Generalmente son de leves a moderadas y autolimitantes, y la duración promedio es de dos semanas. En casos raros, las reacciones han sido recurrentes y han durado varios meses.

Rara vez, algunas personas han desarrollado infecciones o inflamaciones que deben ser tratadas con antibióticos u otros tratamientos médicos.

He sido informado que los productos que contienen lidocaína no deben ser usados en individuos con hipersensibilidad conocida a la lidocaína o a los anestésicos locales tipo amida. Al igual que con la administración de anestésicos dentales, se experimenta una disminución de la sensación del dolor y la temperatura en el área tratada por aproximadamente dos horas.

El profesional también me ha informado que puede usarse adicionalmente una crema anestésica tópica para aliviar el dolor. He recibido información con respecto a cuándo y qué anestésicos tópicos serán usados, e información con respecto a las contraindicaciones, advertencias y precauciones del uso de estos productos y los efectos adversos potenciales.

El profesional tratante también me ha informado de que dependiendo del área tratada y la técnica de inyección, los efectos del tratamiento pueden durar de 6 a 12 meses (en labios aproximadamente 6 meses), pero que este periodo puede variar y ser mayor o menor dependiendo de las características individuales. El tratamiento de seguimiento ayuda a mantener la corrección deseada.

He respondido a las preguntas sobre cualquier hipersensibilidad a los agentes anestésicos y sobre mi historia clínica con total honestidad.

He informado al profesional sobre mis tratamientos anestésicos previos, incluyendo inyecciones, cirugías, peelings químicos, etc...

He leído y entiendo lo anterior y por el presente autorizo a realizar los tratamientos planificados y de los que he tenido conocimiento.

En a de..... de

Paciente e o representante legal

Profesional..... N° Colegiado



Consentimiento informado validado por el Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de A Coruña

INFORME DE ALTA TRATAMIENTO CON MICROFILLERS Y RELLENOS EN EL TERCIO INFERIOR FACIAL

Datos personales

Nombre	Apellidos	
D.N.I.	Dirección	C.P.
Teléfono	Email	

Diagnóstico y pruebas complementarias

Diagnóstico inicial

Pruebas complementarias realizadas

Tratamientos realizados y estado actual

Tratamientos realizados

Estado actual

Recomendaciones – Mantenimiento – Fármacos necesarios

Recomendaciones - Mantenimiento

Paciente o representante legal

Profesional Colegiado N°

.....

.....

El informe de alta clínica es el documento emitido por el profesional responsable de un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, en el que se especifica los datos de éste, un resumen de su historia clínica, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.- Ley 41/2002 - Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir de la clínica o centro sanitario una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta.