

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Procedimiento con Ácido Poli-L-láctico (PLLA)



Nombre:

Edad:

Tel:

Fecha:

Procedimiento:

## Declaro que:

- Mi especialista explicó cómo y cuándo usar Olidia®.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron resueltas satisfactoriamente.
- He sido informado de reacciones comunes relacionadas con la infusión, entre otras. Estas reacciones incluyen eritemas, hinchazón, dolor, picazón, hematomas, y sensibilidad en la zona de inyección. Estas reacciones suelen ser de leves a moderadas y usualmente se resuelven días después de que se realiza la inyección en la piel.
- Se me ha informado de los riesgos que conlleva el inyectar un área debajo de zonas sensibles. (ej. nervios, vasos sanguíneos, ojos al tratar arrugas alrededor de los ojos).
- Se me ha comunicado que el procedimiento posterior a la dilución de lidocaína en Olidia® no debería ser usado en personas hipersensibles a la lidocaína o anestésicos locales tipo amidas. Similar a la administración de anestesia dental, la sensación de dolor y temperatura en el área de tratamiento se reducen en alrededor 2 horas.
- Específicamente, mi especialista me informó que una crema de anestesia tópica podrá ser usada para aliviar dolor adicional cuando el producto Olidia® sea inyectado.
- Se me brindó información sobre cuándo y cuáles anestésicos locales serán usados, así como las contraindicaciones, advertencias/precauciones y potenciales efectos secundarios que conlleva el procedimiento.
- Mi especialista me ha informado que los resultados del procedimiento Olidia® pueden variar de un paciente a otro, dependiendo del área de

tratamiento y técnica de inyección. Procedimientos subsecuentes ayudarán a mantener la corrección deseada.

- He contestado honestamente las preguntas sobre hipersensibilidad a anestésicos y mi historia médica.
- Entiendo la importancia de seguir las recomendaciones dadas en "Precauciones Post Procedimiento".
- He informado a mi médico sobre todos los tratamientos estéticos previos a los que me he sometido, incluyendo inyecciones, cirugía y exfoliaciones químicas.
- Entiendo que no se me puede tratar con Olidia® en los siguientes casos y confirmo que no padezco ninguno de ellos:
  - Si estoy embarazada o en periodo de lactancia materna (sólo mujeres).
  - Si tengo historial de enfermedades autoinmunes.
  - Si estoy recibiendo tratamiento de inmunoterapia.
  - Si tengo antecedentes de cicatrización queloide o hipertrófica.
- Entiendo que es un procedimiento cosmético y que el pago es mi responsabilidad. El pago se realizará a la hora del servicio.
- Entiendo que no existe garantía de los resultados de ningún tratamiento.

He leído esta forma de consentimiento y estoy de acuerdo con el tratamiento con sus riesgos asociados. Doy mi consentimiento para realizar este y todos los tratamientos con Olidia®.

Firma del paciente

Nombre y firma del testigo