



# CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA



*Rote la pantalla del dispositivo  
para leer cómodamente*

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTO INFILTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA

Yo, en nombre del paciente identificado como aparece en el encabezado de la versión digital de este documento para firma electrónica, declaro que el doctor(a) de quien recibo la atención de mi actual condición estética y/o de salud y cuyo nombre aparece al final de este documento, me ha explicado que me debe realizar un procedimiento denominado **INFILTRACIÓN TOXINA BOTULÍNICA (BÓTOX)** cuyo objetivo es **EVITAR LA CONTRACCIÓN FUERTE DE MÚSCULOS** para atenuar arrugas o manejar zonas que presentan mucha sudoración, mediante la aplicación con aguja hipodérmica de la toxina botulínica diluida en solución salina. Se me ha explicado que existen riesgos de muy baja frecuencia, mencionados a continuación y sin limitación:

- Dolor y/o sensación de ardor en el sitio del procedimiento. Sangrado y/o hematoma.
- Puede aparecer infección de la piel.
- Hipocorrección (efecto insuficiente) o hipercorrección (efecto excesivo).
- Asimetría facial (un lado del rostro difiere del otro).
- **Parálisis de los músculos cercanos que puede producir como consecuencia:**
  - Párpado caído.
  - Doble visión.
  - Incapacidad de cerrar el ojo.
  - Dificultad para silbar o beber con un pitillo.

- Debilidad generalizada.
- Pérdida permanente de tono muscular con inyecciones repetidas.
- Síndrome similar a la influenza o a una infección respiratoria.
- Náusea o dolor de cabeza.
- Desarrollo de anticuerpos y/o reacción alérgica al bótox.
- El bótox contiene albúmina derivada de humanos e implica un riesgo teórico de transmisión de virus. Sin embargo, no ha habido informes de transmisión de enfermedades a través del bótox.
- En casos extremadamente raros estos eventos, principalmente la reacción alérgica y la infección, pueden progresar y convertirse en una condición que requiera hospitalización, otras terapias médicas, reanimación y muerte.

### **Me han explicado que el bótox está contraindicado en:**

- Embarazo y lactancia.
- Alergia a la albúmina.
- Infección en o cerca al sitio de aplicación.
- Alguna afección de la piel o una debilidad muscular en el sitio de la inyección.
- Síndrome de Eaton-Lambert, enfermedad de Lou Gehrig o miastenia gravis.

Por la presente doy constancia de que, según mi conocimiento de mi historial médico no tengo ninguna contraindicación para aplicación de bótox y eximo al médico tratante en caso de aplicarme bótox y no haberle informado sobre alguna contraindicación que yo presentare.

Soy consciente de que en caso de omitir o distorsionar información sobre mis antecedentes médicos como alergias y medicamentos que tomo puedo poner en riesgo mi vida durante la realización del procedimiento y asumo las consecuencias de toda información falsa u omitida al respecto.

Por tanto, en pleno uso de mi capacidad y de forma voluntaria, asumo las consecuencias de mi decisión sobre la realización del procedimiento. Queda entendido que yo asumo a mi propio riesgo la(s) complicación(es) que se pudieran generar de mi decisión y por lo tanto exonero al médico tratante y la Institución de la responsabilidad que acarrea la aparición del(los) riesgo(s) y/o consecuencia(s) previsto(s).

## **OBSERVACIONES**

1. Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.
2. El presente documento se encuentra en una plataforma digital para su firma electrónica. Al paciente o tutor legalmente constituido se le entrega este texto para que lo lea previamente al procedimiento y el día de la cirugía o unos días antes lo debe firmar mediante mecanismo electrónico.

3. La ausencia de firma implícitamente interpreta como disenso a realizarse el procedimiento descrito en este documento, por tanto es obligatorio firmarlo si el paciente efectivamente acepta los riesgos y condiciones mencionados para poder hacer el procedimiento.
4. El personal de la Clínica le dará indicaciones sobre cómo realizar el registro de firma electrónica mediante dispositivo y softwares diseñados para tal fin.



**CONECTÉMONOS**  
*Clic en el ícono*





Cuidamos el planeta a través de pequeñas cosas:  
no imprimimos documentos sin ser necesario.

**PBX:** (604) 444 3527 Ext. 121

**Procedimientos o cirugías:** 315 361 6676

**Retiro de puntos:** 316 442 5515

**Programación consulta:** 305 291 2287 - 323 225 2247

Cra. 46 #7-12 y Calle 7 #45-29

Patio Bonito – Poblado, Medellín, Colombia

[info@clinicaaurora.co](mailto:info@clinicaaurora.co) - [programacioncirugia@clinicaaurora.co](mailto:programacioncirugia@clinicaaurora.co)

[www.clinicaaurora.com.co](http://www.clinicaaurora.com.co) / [virtual.clinicaaurora.com.co](http://virtual.clinicaaurora.com.co)