

# DIVINEUS

ÁCIDO HIALURÓNICO RETICULADO CON LIDOCAÍNA

INQUE LOS PUNTOS O LAS ZONAS DE APLICACIÓN



FECHA:  Día /  Mes /  Año

Nombre:

Cédula:

Edad:

Celular:

Correo:

Ciudad:

Dirección:

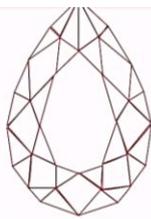
Observación:

ZONA INYECTADA	CANTIDAD INYECTADA mL	FECHA APLICACIÓN	PRÓXIMA APLICACIÓN	FECHA DE CONTROL

**PRODUCTO INYECTADO:**

Firma Paciente: \_\_\_\_\_ Firma Profesional: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO ESCRITO DEL PACIENTE**



# DIVINEUS

ÁCIDO HIALURÓNICO RETICULADO CON LIDOCAÍNA

## PARA EL TRATAMIENTO CON ÁCIDO HIALURÓNICO

Yo \_\_\_\_\_, Mayor de Edad, Identificado con Cedula de Ciudadanía N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ autorizo el tratamiento del implante inyectable intradérmico de ácido hialurónico de la marca **DIVINEUS** para el tratamiento de corrección del déficit de tejido blando y/o rellenar líneas de expresión, surcos, cicatrices, hendiduras o depresiones. El médico especialista me ha explicado el objetivo del presente tratamiento, los usos del implante, su mecanismo de acción, sus precauciones en el manejo del mismo, las contraindicaciones y los posibles efectos secundarios que se pueden presentar posteriores a la aplicación, así mismo como el cuidado post aplicación.

**Declaro que se me ha explicado detalladamente lo que se indica a continuación y que he comprendido a cabalidad que:**

Entiendo que el tratamiento consiste en la aplicación de un material de relleno mediante su inyección intradérmica en las zonas acordadas previamente con el médico. Sé que se trata de un implante intradérmico, **NO PERMANENTE** que se reabsorbe lentamente. Sé que es posible que experimente enrojecimiento, dolor e hinchazón como reacciones transitorias durante y después del tratamiento, que estos podrían prolongarse hasta aproximadamente por 7 días. Me comprometo a tomar contacto de inmediato con el médico tratante si estos síntomas persisten o si aparecen otros tales como picazón, endurecimiento, dolor o excesiva inflamación.

Comprendo que los resultados dependen de la respuesta individual de cada paciente al tratamiento y que la reacción de los diversos organismos a cualquier implante puede ser impredecible, aunque se trate de una sustancia ampliamente estudiada y sujeta a las normas estipuladas por las autoridades regulatorias internacionales. No tengo historia previa de anafilaxia ni alergias mayores, pero comprendo que existe una posibilidad de presentar un proceso de intolerancia al compuesto. No tengo implantes permanentes en la(s) zonas(s) a tratar ni se me ha inyectado otro producto con el mismo componente, en los últimos tres (3) meses en dicha(s) zona(s).

Declaro no estar embarazada ni en lactancia, no tengo tendencia a desarrollar cicatrices hipertróficas ni estoy con tratamiento con anticoagulantes, anti-inflamatorios o corticoides.

Apruebo ser fotografiado(a) antes, durante y después del tratamiento para documentar el éxito del mismo. El médico se compromete a utilizar el material fotográfico únicamente con fines científicos, quedando prohibida su posterior difusión o uso indebido del mismo. Así mismo, el facultativo se compromete a velar por la reserva y anonimato de dicho tratamiento.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

**EXPRESO MI CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR DICHO TRATAMIENTO:**

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Firma Paciente:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Profesional:** \_\_\_\_\_ **Firma Profesional:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Fecha y Hora:** \_\_\_\_\_