

INDICACIONES PRE-POST RELLENOS

INDICACIONES PREVIAS:

Evitar la toma de aspirina 5-7 días previos.

Puede aplicar anestésico tópico si desea disminuir el dolor del procedimiento:

EMLA crema: Aplicar en capa espesa sobre las regiones a tratar, 4h,3h, 2h y una hora antes de la cita.

No se debe aplicar en:

No alergia a Xilocaína – anestésico-

No Procedimientos Dentales un mes antes y después del relleno.

No Infección generalizada (Respiratoria, gastrointestinal, etc.) en el mes previo.

No si está tomando tratamientos anticoagulantes o trastornos de la coagulación.

No en enfermedades de la Colágena (Lupus, artritis, etc.)

En caso de presentar antecedente de Herpes Simple (fuegos) con frecuencia, se le indicará un tratamiento preventivo:

Aciclovir tabletas de 400 mg.

Tomar una cada 6 horas dos días antes y después del procedimiento

O bien,

Valinir (Valaciclovir) tabletas 500 mg. Caja con 10 tabletas, tomar 4 tabletas en la noche y 4 tabletas en la mañana previa al procedimiento.

RECOMENDACIONES POST-APLICACIÓN

- Evitar sol y calor extremo 48hrs.
- No masajear área tratada.
- No actividad física intensa en 24 hrs.
- Recuerde que puede presentar inflamación o hematomas, que por lo general remiten en forma espontánea en 5-10 días.
- No procedimientos dentales en las próximas 4 semanas

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO – RELLENOS-

Colima Col. _____ de _____ del 20__

Nombre del paciente: _____ Edad _____ Tel. _____

Por el presente término, yo _____ autorizo al Dr. Homero Mireles Rocha, Dermatólogo con Cedula de especialidad No 6323354 a que me realice la aplicación de relleno facial de ácido hialurónico de la marca _____ No de Lote _____ como tratamiento cosmético para disminuir o corregir la presencia de surcos, arrugas, depresiones, pérdida de volumen o firmeza facial o de cuello.

He sido Informado(a) que los rellenos **NO** deben ser aplicados en pacientes que tienen alguno de los siguientes antecedentes: Embarazo o lactancia, alergia a lidocaína (anestésico), **que se haya realizado un tratamiento dental un mes antes de la aplicación del relleno, que tenga o haya tenido en el último mes alguna infección respiratoria, gastrointestinal, o en cualquier nivel**, si está tomando tratamientos anticoagulantes o presenta algún trastornos de la coagulación, enfermedades de la colágena (Lupus eritematoso, Artritis, etc.) metabólicas (Diabetes descontrolada o con complicaciones) entre otras. Los rellenos son un tratamiento cosmético para personas Sanas. He comunicado a mi médico tratante que (SÍ) (NO) me han aplicado productos de relleno o Bioestimuladores y en caso afirmativo señalar que producto fue _____ y si existió alguna **reacción adversa** favor de describirla _____.

También he sido enterado(a) de la posibilidad de presentarse **diversos efectos secundarios o adversos**, entre los más frecuentes se tienen: enrojecimiento, inflamación, hematomas, picazón e hipersensibilidad en la zona de aplicación, efectos que habitualmente desaparecen en 1-2 semanas; en raras ocasiones se tiene la posibilidad de presentar infección, nódulos (abultamientos), inflamación o edemas que pueden ser recurrentes y durar semanas o meses. En forma excepcional se ha informado **la posibilidad de reacción en el área de relleno con infecciones como COVID 19 u otras infecciones, así como con la aplicación de vacuna para COVID;** también se han documentado casos aislados de necrosis en piel y alteraciones de la visión.

Se me explicó que la duración aproximada del efecto del producto es de entre 6 a 12 meses y los resultados obtenidos son variables y NO garantizados entre un paciente y otro ya que dependen del área tratada, la cronicidad y profundidad del surco o arruga, cantidad del relleno aplicado y de factores constitucionales, metabólicos y hábitos de cada individuo. Debe tener claras las expectativas en cuanto el resultado posible. Si no es así, NO SE HAGA EL PROCEDIMIENTO.

Leí detalladamente este consentimiento y lo entendí totalmente, autorizando al profesional de la salud a realizar en mí el procedimiento previamente explicado, firmo el presente documento en presencia de _____, testigo de este acto.

Nombre y Firma del Paciente

Nombre y Firma Médico

Testigo: Nombre y Firma