



Consentimiento informado para el tratamiento con Botox / Dysport (toxina botulínica A)

1. Yo, _____, consiento y autorizo a Carrie Gorman, RN a realizar el tratamiento con Dysport / Botox para mejorar la apariencia de las arrugas en el área tratada.

Área a tratar:

2. El propósito natural del tratamiento me ha sido explicado, y cualquier pregunta que tenga sobre el tratamiento y el cuidado posterior ha sido respondida a mi satisfacción.

3. Soy plenamente consciente de los riesgos de complicaciones o lesiones que pueden ocurrir con este tratamiento, tanto de casos conocidos como desconocidos, y asumo libremente esos riesgos, tales como:

- Enrojecimiento. hinchazón / edema, picazón, dolor o presión que dura más de una semana
- Caída facial o parálisis muscular anormal.
- Nódulos o induraciones en el sitio de inyección.
- Reacción alérgica o infecciones en o alrededor del sitio de inyección.

4. Certifico que no tengo ninguna de las condiciones conocidas que contraindicarían el tratamiento. Las contraindicaciones incluyen el síndrome de Eaton-Lambert, la esclerosis lateral amiotrófica (ELA), la miastenia grave o cualquier tipo de cáncer.

5. También certifico que no estoy embarazada, amamantando o que tengo una alergia conocida a la lidocaína.

6. Certifico que he leído todo este consentimiento informado y que entiendo y estoy de acuerdo con la información indicada en este formulario. Certifico que soy un adulto competente de al menos 18 años de edad o que si soy menor de 18 años, entiendo que también se requerirá el consentimiento de mi padre / tutor legal antes del tratamiento. Este consentimiento informado se ejecuta libre y voluntariamente y será vinculante con el acuerdo firmado. Estoy de acuerdo en que cualquier fotografía tomada de mi sitio de tratamiento puede usarse para fines de publicación y enseñanza, sin embargo, mi nombre no será revelado y se mantendrá la confidencialidad completa de mi nombre a menos que se dé el consentimiento para usar el nombre.

Nombre: _____

Fecha: _____

Firma: _____



Consentimiento informado para el tratamiento de relleno dérmico

Yo, _____ consiento y autorizo a Carrie Gorman, RN BSN a tratar con rellenos dérmicos (como Juvederm, Restylane, Radiesse y otros) para suavizar los pliegues y arrugas faciales, agregar volumen a los labios y contornear las características faciales que han perdido su aspecto. volumen y plenitud debido al envejecimiento, exposición al sol, enfermedades, etc. El rejuvenecimiento facial se puede realizar con mínimas complicaciones. Estos rellenos dérmicos se inyectan debajo de la piel con una aguja o cánula muy fina. Esto produce un volumen natural debajo de las arrugas y pliegues que se levantan y suavizan. Los resultados a menudo se pueden ver de inmediato.

Inicial _____

Antes de someterse a este procedimiento, es esencial comprender los riesgos. Ningún procedimiento es completamente libre de riesgos. Pueden ocurrir los siguientes riesgos, pero puede haber riesgos imprevistos y riesgos que no están incluidos en esta lista. Algunos de estos riesgos, si ocurren, pueden requerir hospitalización y / o terapia ambulatoria extendida para permitir un tratamiento adecuado. Se me ha explicado que existen ciertos riesgos y efectos secundarios inherentes y potenciales en cualquier procedimiento invasivo y, en este caso específico, tales riesgos incluyen, entre otros:

- Molestias posteriores al tratamiento, hinchazón, enrojecimiento, hematomas y decoloración.
- Infección posterior al tratamiento asociada con cualquier inyección transcutánea.
- Reacción alérgica
- Reactivación del herpes (herpes labial)
- Bultos verdes o azules, manchas amarillas o blancas visibles
- formación de granuloma
- Necrosis localizada y / o desprendimiento, con costra y / o sin costra si se produce una oclusión de los vasos sanguíneos.

Inicial _____

Certifico que no estoy embarazada, en periodo de lactancia o que tengo múltiples alergias o alta sensibilidad a los medicamentos, incluida, entre otras, la lidocaína. No tengo o no he tenido ninguna enfermedad importante que me prohibiera recibir rellenos dérmicos. Los rellenos dérmicos han demostrado ser seguros y efectivos para rellenar arrugas, líneas y pliegues en la piel de la cara. La mayoría de los pacientes están satisfechos con los resultados del uso de rellenos dérmicos. Sin embargo, como cualquier procedimiento estético, no hay garantía de que esté completamente satisfecho. No hay garantía de que las arrugas y pliegues desaparezcan por completo, o que no necesitará un tratamiento adicional para lograr los resultados que busca. El procedimiento de relleno dérmico es temporal y periódicamente se requerirán tratamientos adicionales que incluyen inyecciones adicionales para que el efecto continúe. Soy consciente de que se necesitarán tratamientos de seguimiento para mantener los efectos completos. Soy consciente de que la duración del tratamiento depende de muchos factores, que incluyen, entre otros: edad, sexo, afecciones de los tejidos, mi estado general de salud y mi estilo de vida, y exposición al sol. La corrección, dependiendo de estos factores, puede durar hasta 6 meses y, en algunos casos, más corta y otros más. He recibido instrucciones y entiendo las instrucciones posteriores al tratamiento.

Inicial _____

Entiendo que este es un procedimiento electivo y por el presente doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento con rellenos dérmicos para rejuvenecimiento facial, realce de labios, establecer líneas adecuadas de labios y sonrisas y reemplazar el volumen facial. El procedimiento me ha sido explicado completamente. También entiendo que cualquier tratamiento realizado es entre yo y el proveedor de atención médica que me está tratando y dirigiré todas las preguntas o inquietudes postoperatorias al médico tratante. He leído lo anterior y lo entiendo. Mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto los riesgos y complicaciones del procedimiento y entiendo que no hay garantías implícitas en cuanto al resultado del procedimiento. También certifico que si tengo algún cambio en mi historial médico, notificaré al profesional de la salud que me trató de inmediato.

Firma: _____

Fecha: _____



Testimonio, Foto y Video Lanzamiento

Por favor, marque una o todas de las siguientes opciones:

_____ Acepto permitir que mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos sean utilizados con fines promocionales. Entiendo que mi nombre y mi información de identificación NO serán utilizados.

_____ Acepto permitir que SOLO mi nombre, apellido, inicial y ocupación se adjunten a mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

_____ NO Acepto permitir el uso de mis fotos de tratamiento, testimonios y / o videos con fines promocionales.

Este acuerdo reemplaza cualquier acuerdo anterior que tenga con Glow Medspa con respecto al uso de testimonios, fotos y / o videos.

FIRMADO: _____ Fecha: _____

Nombre: _____

Testimonio escrito sobre su experiencia en Glow Medspa



Instrucciones de cuidado de Glow Medspa para Botox y rellenos

Instrucciones de cuidado previo para Botox y rellenos

- **ALCOHOL:** NO consuma bebidas alcohólicas al menos 24 horas antes del tratamiento (el alcohol puede diluir la sangre y aumentar el riesgo de hematomas)
- **EVITE:** Evite los medicamentos antiinflamatorios / anticoagulantes, si es posible durante un período de 2 semanas antes del tratamiento. Los medicamentos y suplementos como aspirina, vitamina E, ginkgo biloba, ginseng, hierba de San Juan, suplementos de Omega 3 / aceite de pescado, ibuprofeno, Motrin, Advil, Aleve y otros AINE tienen un efecto anticoagulante y pueden aumentar el riesgo de hematomas y hinchazón después de las inyecciones.
- **DÍA ESPECIAL:** programe su cita de relleno cutáneo y Botox al menos 2 semanas antes de un evento especial al que pueda asistir, como una boda o vacaciones. Los resultados de las inyecciones de relleno dérmico y Botox tardarán aproximadamente 4 a 7 días en aparecer. También pueden aparecer hematomas e hinchazón en ese período de tiempo.
- **Suspenda Retin-A** 2 días antes y 2 días después del tratamiento.
- **Reprograme su cita** con al menos 24 horas de anticipación si tiene sarpullido, herpes labial o mancha en el área.
- **HISTORIAL DE SALUD:** Si tiene antecedentes de herpes labial, infórmenos, se puede recetar un medicamento antiviral antes del tratamiento.
- **ALIMENTOS:** asegúrese de tener un buen desayuno, incluyendo comida y bebida antes de su procedimiento. Esto disminuirá las posibilidades de aturdimiento durante su tratamiento.
- **EMBARAZADA:** No es candidata si está embarazada o amamantando.
- Si es propenso a los hematomas o la hinchazón, tomar tabletas de árnica 48 horas antes de las inyecciones ayuda al proceso de curación. **Instrucciones**

de cuidado posterior para las inyecciones de BOTOX ©

- Después de su tratamiento, puede reanudar su día.
- NO manipule el área tratada durante 3 horas después del tratamiento. NO reciba tratamientos faciales / láser o microdermabrasión después de inyecciones de Botox durante al menos 10 días. Pregúntele a su proveedor si no está seguro del plazo de ciertos servicios.
- **DESCANSO:** NO se acueste durante 4 horas después de su tratamiento con Botox. Esto evitará que el Botox se arrastre hacia la órbita de su ojo y cause la caída del párpado.
- **RESULTADOS:** Puede tomar aproximadamente 4 a 7 días para que se vean los resultados. Si no se ve el resultado deseado después de 2 semanas de su tratamiento, es posible que necesite Botox adicional. Se le cobra por la cantidad de producto utilizado. Por lo tanto, se le cobrará por un producto utilizado durante cualquier retoque o citas posteriores.
- **EJERCICIO:** NO realice actividades que impliquen esfuerzo, levantar objetos pesados o ejercicio vigoroso durante 6 horas después del tratamiento. Esto mantendrá el Botox en el área inyectada y no en otra parte.
- **SEA SUAVE:** Cuando se lave la cara dentro de las primeras 24 horas, frote suavemente.
- **POR MALESTAR:** puede tomar Tylenol.
- **EFFECTOS SECUNDARIOS:** los moretones y la hinchazón son normales, la aplicación de crema / gel tópico de árnica puede ayudar a reducir la apariencia.

Instrucciones de cuidado posterior para rellenos

- **EJERCICIO:** Evite el ejercicio extenuante durante 24 horas.
- **DIVERSIÓN AL SOL:** Evite el sol o el calor durante 72 horas.
- **BEBER:** Evite consumir cantidades excesivas de alcohol o sales para evitar la inflamación excesiva.
- **DORMIR:** intente dormir boca arriba y ligeramente elevado si experimenta hinchazón.
- **ÁMELO O ODÍALO:** NO ame ni odie sus resultados inmediatamente, la hinchazón y los moretones se notan principalmente en las primeras 24-48 horas. Sin embargo, la hinchazón puede durar más que otras. La modificación (si es necesario) se puede hacer cuando la hinchazón y los moretones disminuyen.
- **SEA SUAVE:** Cuando se lave la cara dentro de las primeras 24 horas, frote suavemente.
- **EFFECTOS SECUNDARIOS:** los moretones y la hinchazón son normales, la aplicación de Árnica / hielo / Benadryl tópico puede ayudar a reducir la apariencia.
- **DOLOR:** hiele el área que está llena para ayudar a minimizar la hinchazón. Use Tylenol para el malestar.
- **INFLAMACIÓN:** Si la inflamación es incómoda y dura más de 72 horas, comuníquese primero con el proveedor de atención médica. PUEDEN aplicarse compresas calientes (primero debe ser aconsejado por el proveedor de atención médica)
- **MASAJE:** No toque / masajee el área tratada a menos que se lo indique el PROVEEDOR DE SALUD

Cómo hacer una compresa tibia:

- Combine 2 cucharadas de sal EPSOM o 2 ½ cucharadas de sal regular con 8 oz de agua caliente / tibia (lo que sea tolerable)
- Remoje una toalla de mano en agua y aplíquela en el área afectada durante un mínimo de 15 minutos. Repita esto según sea necesario hasta que la hinchazón disminuya.