

Consentimiento de Inyectable Bioestimulador (Sculptra/Radiesse)

Consentimiento informado para inyectables estimuladores de colágeno como ácido poli-L-láctico (Sculptra) e hidroxiapatita de calcio (Radiesse)

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Producto *

☐ Sculptra (ácido poli-L-láctico)

☐ Radiesse (hidroxiapatita de calcio)

☐ Radiesse Hiperdiluid (calidad de piel)

☐ Otro bioestimulador

Áreas de tratamiento *

☐ Mejillas / Zona media facial

☐ Sienes

☐ Línea de la mandíbula

☐ Mentón

☐ Cuello

☐ Manos

☐ Glúteos / Grietas de cadera

☐ Cuerpo (brazos, rodillas, abdomen)

¿Ha recibido inyecciones de bioestimulador antes? *

☐ Sí ☐ No

Si es sí, producto, área, fecha y cualquier nódulo o reacción

¿Tiene ácido hialurónico o relleno permanente en el área de tratamiento? *

☐ Sí ☐ No

Historial Médico

¿Está embarazada, intentando concebir o amamantando? *

☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguna de las siguientes condiciones?

- ☐ Condición autoinmune (lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, etc.)
- ☐ Trastorno hemorrágico o en tratamiento anticoagulante
- ☐ Diabetes
- ☐ Antecedente de queloides o cicatrización hipertrófica
- ☐ Cáncer (actual o dentro de los últimos 5 años)
- ☐ Inmunodeprimido / trastorno inmunológico
- ☐ Ninguna de las anteriores

¿Tiene infección activa de la piel, acné o inflamación en el área? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Forma queloides o cicatrices hipertróficas? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Es alérgico a la lidocaína u otros anestésicos locales? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene trabajo dental planeado en las próximas 2 semanas o realizado en las últimas 2 semanas? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Está solicitando tratamiento del área bajo los ojos o labios? *

- ☐ Sí ☐ No

Medicamentos y suplementos actuales

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riesgos y Complicaciones

Riesgos y Complicaciones Potenciales:

- Hematomas, hinchazón, sensibilidad y enrojecimiento en los sitios de inyección durante 1 a 2 semanas
- Nódulos o pápulas — pequeñas protuberancias firmes bajo la piel que pueden aparecer semanas o meses después del tratamiento; la mayoría se resuelven pero algunos pueden requerir tratamiento
- Granulomas — bultos inflamatorios (raros) que pueden ser persistentes
- Asimetría o resultados irregulares
- Infección y película bacteriana
- Oclusión vascular — bloqueo de un vaso sanguíneo que puede causar daño tisular y, en casos extremadamente raros, pérdida de visión; los bioestimuladores no pueden disolverse con hialuronidasa
- Resultado retrasado o insatisfactorio — los resultados se desarrollan gradualmente durante 2 a 6 meses

Los resultados son graduales y dependen de su propia respuesta de colágeno. Una serie de 2 a 3 sesiones separadas 4 a 6 semanas es típica. Las instrucciones de masaje («5-5-5» para Sculptra) deben seguirse.

Entiendo que los bioestimuladores pueden causar nódulos o granulomas que pueden aparecer meses después, que no pueden disolverse con hialuronidasa y que el tratamiento de complicaciones puede tomar tiempo.

Entiendo el riesgo de nódulos y que el producto no puede disolverse: _____

Entiendo que la oclusión vascular es una complicación rara pero seria y que debo buscar atención inmediata por dolor inusual, blanqueamiento, piel moteada o cambios visuales después del tratamiento.

Entiendo el riesgo de oclusión vascular: _____

Autorización de Fotos

¿Podemos tomar fotos antes y después para su registro de tratamiento? *

- ☐ Sí — solo para mi expediente médico
- ☐ Sí — y pueden usarlas de forma anónima para marketing
- ☐ No

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Producto / Número de Lote	Dosis / Volumen
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento con inyectable de bioestimulador. He sido informado sobre los beneficios, riesgos, alternativas y posibles complicaciones, incluidos nódulos, granulomas y oclusión vascular. Entiendo que los resultados son graduales y varían entre individuos y que no se ha hecho garantía alguna sobre el resultado. Exonero al proveedor y práctica de responsabilidad relacionada con este tratamiento excepto en casos de negligencia.

Confirmo que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.