

Consentimiento de Levantamiento con Hilos PDO

Consentimiento informado para levantamiento y tratamientos con hilos lisos de PDO, PLLA y PCL en cara, cuello y cuerpo

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Tipo de hilo *

☐ Hilos con púas / levantamiento ☐ Hilos monofilamento / lisos ☐ Ambos

Áreas de tratamiento *

☐ Zona media de la cara / Mejillas ☐ Línea de mandíbula / Papada
☐ Cuello ☐ Cejas
☐ Nariz ☐ Cuerpo (abdomen, brazos, rodillas)

¿Te han colocado hilos antes? *

☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo, dónde y qué problemas tuviste?

¿Te han inyectado relleno o neurotoxina en la zona en las últimas 2 semanas? *

☐ Sí ☐ No

Historial Médico

¿Estás embarazada, intentando quedar embarazada o amamantando? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna de las siguientes condiciones?

- ☐ Enfermedad autoinmune (lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, etc.)
- ☐ Trastorno de coagulación o en anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Antecedentes de queloides o cicatrización hipertrófica
- ☐ Cáncer (actual o dentro de los últimos 5 años)
- ☐ Inmunosuprimido / trastorno inmunológico
- ☐ Ninguno de los anteriores

¿Tienes acné activo, infección o inflamación en el área de tratamiento? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tienes piel muy delgada o laxitud significativa? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Eres alérgico a polidiodanona (PDO), ácido poliláctico u otros materiales de sutura? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Planeas someterte a cirugía facial u otros procedimientos faciales en los próximos 6 meses? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tomas anticoagulantes o tienes un trastorno de coagulación? *

- ☐ Sí ☐ No

Medicamentos y suplementos actuales

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riesgos y Complicaciones

Riesgos y Complicaciones Potenciales:

- Hinchazón, hematomas y sensibilidad durante 1-2 semanas
- Depresiones, fruncimiento o irregularidad de la piel — generalmente se resuelve en 2-3 semanas; ocasionalmente requiere ajuste
- Hilos visibles o palpables, especialmente en piel delgada
- Migración o extrusión del hilo — el extremo del hilo puede necesitar ser cortado o removido
- Asimetría
- Infección y reacción inflamatoria
- Lesión nerviosa o de glándula salival — entumecimiento o dolor temporal (raro)
- Hematoma (acumulación de sangre)
- Resultado limitado o de corta duración — los hilos de levantamiento se disuelven en 6-12 meses; el efecto de levantamiento es modesto comparado con la cirugía

Evita abrir la boca ampliamente, comer alimentos duros, masajes faciales, trabajo dental y dormir sobre la cara durante 2 semanas.

Entiendo que un levantamiento con hilos proporciona un levantamiento sutil y temporal que no reemplaza el levantamiento quirúrgico, que los hilos se disuelven durante meses y que puede ser necesario un tratamiento repetido.

Entiendo que el resultado es modesto y temporal: _____

Entiendo que pueden ocurrir depresiones, hilos visibles o palpables, migración, extrusión y asimetría, y que puede requerir tratamiento de seguimiento o remoción del hilo.

Entiendo los riesgos de depresiones, visibilidad y migración: _____

Autorización de Fotografía

¿Podemos tomar fotografías antes y después para tu registro de tratamiento? *

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

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Tipo de hilo / Cantidad / Lote #	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Consiento voluntariamente al tratamiento de levantamiento con hilos. He sido informado sobre los beneficios, riesgos, alternativas (incluyendo levantamiento quirúrgico, inyectables y dispositivos de energía) y complicaciones potenciales. Entiendo que este es un procedimiento cosmético electivo con resultados temporales y no se ha hecho ninguna garantía de resultado. Libero al proveedor y la práctica de responsabilidad relacionada con este tratamiento excepto en casos de negligencia.

Confirmando que he leído y comprendido 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.