



# Botox / Kelleno

## F O R M U L A R I O D E A D M I S I Ó N

### INFORMACIÓN GENERAL

Nombre completo del cliente

Fecha de nacimiento

Género

Dirección de la calle

Ciudad

Código postal

Estado

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono

### CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre

Número de teléfono

¿Cómo se enteró de nosotros?

Por favor, marque si tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones médicas:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes                 | <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos    | <input type="checkbox"/> Herpes labial recurrente  |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía              | <input type="checkbox"/> Trastornos de la tiroides  | <input type="checkbox"/> Virus del herpes simple   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión             | <input type="checkbox"/> Trastornos neuromusculares | <input type="checkbox"/> Cáncer (especificar tipo) |
| <input type="checkbox"/> Ataque                   | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                   | .....  |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                | <input type="checkbox"/> Hepatitis                  | <input type="checkbox"/> Otras condiciones médicas |
| <input type="checkbox"/> Asma                     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis               | .....  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades autoinmunes | <input type="checkbox"/> Cicatrices queloides       | .....  |
|   |   | .....  |

### MEDICAMENTOS ACTUALES

Enumere todos los medicamentos actuales, incluidos los de venta libre y los suplementos.

¿Está usted actualmente embarazada o amamantando?

¿Tiene alguna alergia? En caso afirmativo, especifique:

¿Se ha sometido a alguna cirugía o procedimiento médico en el pasado? En caso afirmativo, especifique:

¿Fuma? En caso afirmativo, especifique la frecuencia:

¿Consume alcohol regularmente?

Continúa en la página siguiente

# Botox / Relleno

## F O R M U L A R I O D E A D M I S I Ó N

P Á G I N A D O S

### HISTORIA DE LA PIEL

¿Ha recibido algún tratamiento cosmético previo (botox, rellenos dérmicos, peelings químicos, etc.)? En caso afirmativo, especifique:

¿Tiene antecedentes de afecciones cutáneas (p. ej., eczema, psoriasis)? En caso afirmativo, especifique:

¿Cuáles son sus hábitos de exposición al sol? ¿Tiene antecedentes de quemaduras solares?

¿Tiene antecedentes de herpes recurrente (herpes labial)?

¿Utilizas protector solar regularmente?

### OBJETIVOS Y PREOCUPACIONES DEL TRATAMIENTO

¿A qué tratamiento(s) desea someterse?

¿Cuáles son sus áreas de preocupación o insatisfacción?

¿Cuáles son sus expectativas y resultados deseados del tratamiento?

Reconozco que la información proporcionada en este formulario es precisa y completa. Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor de atención médica sobre cualquier cambio en esta información en el futuro.

Entiendo que la información proporcionada en este formulario será utilizada por el proveedor de atención médica para evaluar mi idoneidad para el tratamiento propuesto y brindar la atención adecuada. Doy mi consentimiento para el uso de esta información para estos fines.

NOMBRE DEL CLIENTE - IMPRESO

CLIENTE - FIRMA

FECHA



# Toxina Botulínica



## C O N S E N T I M I E N T O I N F O R M A D O

Yo, \_\_\_\_\_ [Nombre completo del cliente], por la presente brindo mi consentimiento informado para someterme a toxina botulínica (Botox Cosmetics, Dysport, Xeomin, [Lysette Iglesias MD], en adelante denominada "el Proveedor". Reconozco que el Botox es un procedimiento cosmético destinado a disminuir la apariencia de arrugas y líneas finas inmovilizando temporalmente los músculos faciales.

**Detalles del procedimiento:** El objetivo del tratamiento con Botox es disminuir la aparición de arrugas y líneas finas en las zonas designadas. El Botox se administrará en músculos faciales específicos con una aguja fina y los sitios de inyección se determinarán según el plan de tratamiento que se haya analizado con el médico. Entiendo que los efectos del Botox son temporales y que suelen durar entre 3 y 6 meses, y que los resultados completos se hacen evidentes en las dos semanas posteriores al tratamiento.

**Posibles efectos secundarios:** Reconozco los posibles efectos secundarios asociados con las inyecciones de Botox, que incluyen, entre otros, hematomas temporales, hinchazón o enrojecimiento en el lugar de la inyección, dolores de cabeza, cejas elevadas o arqueadas, caída del párpado o la ceja, sonrisa desigual, babeo, asimetría facial, ojos secos o lagrimeo excesivo, debilidad o parálisis temporal de los músculos cercanos y mayor sensibilidad a la luz solar.

**Riesgos y complicaciones:** Entiendo que si bien las complicaciones de las inyecciones de Botox son poco frecuentes, pueden incluir infección en el lugar de la inyección, cicatrices, propagación de la toxina a los músculos cercanos causando debilidad o parálisis involuntaria, dificultades para tragar y respirar, problemas de visión, visión doble, mareos y reacciones alérgicas raras pero graves, incluida la anafilaxia.

**Estado de embarazo y lactancia:** Confirmando que actualmente no estoy embarazada ni amamantando. Soy consciente de que el tratamiento con bótox está contraindicado durante el embarazo o la lactancia debido a los posibles riesgos para el embrión, el feto o el bebé.

**Cuidados posteriores al tratamiento:** Acepto cumplir con las instrucciones de cuidados posteriores al tratamiento proporcionadas por el proveedor. El proveedor me ha explicado detalladamente los cuidados posteriores al tratamiento y me comprometo a seguir estas instrucciones diligentemente.

## C O N S E N T I M I E N T O Y A C U E R D O

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi rostro para uso personal. Estas fotografías se utilizarán únicamente para documentar el progreso de mi tratamiento y para realizar comparaciones antes y después. Entiendo que estas fotografías se mantendrán confidenciales y no se compartirán ni se utilizarán para fines personales, cualquier otro propósito sin mi consentimiento explícito.

He leído y comprendido la información proporcionada en este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Acepto someterme al tratamiento con Botox con pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios.

.....  
NOMBRE DEL CLIENTE - IMPRESO

.....  
CLIENTE - FIRMA

.....  
FECHA

# Relleno Dérmico



## C O N S E N T I M I E N T O I N F O R M A D O

Yo, \_\_\_\_\_ [Nombre completo del cliente] por

la presente doy mi consentimiento para someterme a inyecciones de relleno dérmico [Lysette Iglesias md]. Comprendo que los rellenos dérmicos son procedimientos cosméticos cuyo objetivo es mejorar los rasgos faciales agregando volumen, contorno y forma o promoviendo la producción de colágeno mediante la inyección de sustancias como ácido hialurónico, Sculptra (ácido poli-L-láctico) o Radiesse (hidroxiapatita de calcio) en la piel o los tejidos faciales.

**Propósito:** El propósito del tratamiento de relleno dérmico es mejorar los rasgos faciales, restaurar el volumen, disminuir la aparición de arrugas y líneas finas, o estimular la producción de colágeno en las áreas tratadas.

**Procedimiento:** Se administrarán rellenos dérmicos en áreas específicas del rostro utilizando una aguja fina o cánula.

La selección de los sitios de inyección y el tipo de relleno pueden variar según el plan de tratamiento discutido con el proveedor.

**Resultados esperados:** Reconozco que si bien algunos efectos del tratamiento con relleno dérmico pueden ser inmediatos,

El resultado completo suele ser evidente en las siguientes 2 o 3 semanas. Además, la duración de estos resultados puede variar de varios meses a un año y puede variar según el tipo específico de relleno utilizado y factores individuales. Para lograr el resultado deseado pueden ser necesarias varias sesiones y las respuestas individuales al tratamiento pueden variar.

**Plan de tratamiento:** Reconozco que el proveedor puede proponer un plan de tratamiento que incluya múltiples sesiones.

para lograr resultados óptimos. El proveedor me comunicará este plan y responderá cualquier pregunta o inquietud que pueda tener.

**Posibles efectos secundarios:** Reconozco que las inyecciones de relleno dérmico pueden tener posibles efectos secundarios, que pueden incluir, entre otros, hematomas temporales, hinchazón o enrojecimiento en el lugar de la inyección, picazón o malestar, sensibilidad y dolor en el lugar de la inyección, bultos o irregularidades en el lugar de la inyección, formación de granulomas, migración del relleno, resultados asimétricos y reacciones alérgicas.

**Riesgos y complicaciones:** Si bien las complicaciones de las inyecciones de relleno dérmico son poco comunes, pueden incluir inflamación, infección, cicatrices, oclusión vascular, necrosis cutánea o ceguera.

**Estado de embarazo y lactancia:** Confirmando que actualmente no estoy embarazada ni amamantando.

Comprenda que el tratamiento con relleno dérmico está contraindicado durante el embarazo o la lactancia debido a los posibles riesgos para el embrión, el feto o el bebé.

**Cuidados posteriores al tratamiento:** Acepto cumplir con las instrucciones de cuidados posteriores al tratamiento proporcionadas por el proveedor.

El proveedor ha explicado detalladamente estas instrucciones y me comprometo a seguirlas diligentemente.

## C O N S E N T I M I E N T O Y A C U E R D O

He leído y comprendido la información proporcionada en este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y he recibido respuestas satisfactorias. Acepto someterme al tratamiento con Botox con pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y efectos secundarios.

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías de mi rostro para uso personal. Estas fotografías se utilizarán únicamente para documentar el progreso de mi tratamiento y para realizar comparaciones antes y después. Entiendo que estas fotografías se mantendrán confidenciales y no se compartirán ni se utilizarán para ningún otro propósito sin mi consentimiento explícito.

.....  
NOMBRE DEL CLIENTE - IMPRESO

.....  
CLIENTE - FIRMA

.....  
FECHA



# P O L Í T I C A D E C A N C E L A C I Ó N

***Para garantizar la prestación de una atención de alta calidad en un tiempo razonable, se ha establecido una política de citas y cancelaciones. Dado que las citas tienen una gran demanda, la cancelación anticipada nos permite asignar el tiempo a otros clientes que necesitan atención inmediata. Esta regulación contribuye a mejorar la disponibilidad de citas para todos nuestros clientes.***

***Durante la reserva de su cita, se le solicitará que realice un depósito de \$25.00, que se utilizará como crédito para sus tratamientos programados.***

***Entendemos que pueden surgir situaciones que requieran que cancele o re programe su cita. Para evitar problemas, le pedimos que nos avise con al menos 24 horas de anticipación. En estos casos, su depósito será reembolsado o aplicado a una cita posterior. Sin embargo, si avisa con menos de 24 horas de anticipación, se aplicará un cargo por cancelación de \$25.00. Tenga en cuenta que si llega más de 15 minutos tarde a su cita, se considerará que no se presentó y se aplicará un cargo por cancelación. Estamos disponibles para responder cualquier pregunta o inquietud que pueda surgir con respecto a nuestra política de cancelación.***

Para establecer contacto utilice nuestra dirección de correo electrónico indicada más abajo, evite dejar mensaje en la grabadora, pues al volumen de las llamadas, no se escuchará.

**He leído y comprendido completamente la Política de cancelación de citas anterior y acepto estar sujeto a sus términos. Acepto pagar la tarifa de cancelación si pierdo una cita.**

.....  
NOMBRE DEL CLIENTE - IMPRESO

.....  
CLIENTE - FIRMA

.....  
FECHA



# Botox / Relleno

## CUIDADOS PARA DESPUES



Evite los productos agresivos para el cuidado de la piel durante 24 horas.



Evite el alcohol durante 24 horas



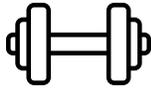
No se permiten tratamientos faciales ni masajes.



Mantenga la cabeza erguida durante 4 horas después del tratamiento.



Sin maquillaje durante 24 horas



Evite hacer ejercicio durante 24 a 48 horas.



No tomar anticoagulantes durante otras 24 horas



Evite el sol directo durante 2-3 días.



No toque, frote, restriegue ni masajee las áreas tratadas durante 24 horas.



Realice ejercicios faciales si lo recomienda su proveedor.



Evite el bronceado en camas solares o saunas, jacuzzis, duchas calientes y salas de vapor durante 24 horas.



Los resultados del Botox no son inmediatos; resultados finales entre 10-14 días