

# MY·FILLER

## Consentimiento informado para aplicación de ácido hialurónico my filler

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_

El relleno de ácido hialurónico es un producto reabsorbible aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos (FDA) y por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de México, entre otros, para la corrección de arrugas, aumento de volumen, rehidratación de tejido cutáneo y corrección de la elasticidad de la piel, cara, cuello, escote y dorso de la mano.

**Objetivo del Procedimiento:** Reponer volumen y/o mejorar la textura de la piel, aplicando ácido hialurónico de uso clínico por vía subcutánea.

### Riesgos y Complicaciones:

1. **Hematoma/equimosis:** Aparición transitoria de morados.
2. **Infección en el sitio de aplicación:** Al igual que con todos los procedimientos transcutáneos, existe el riesgo de infección.
3. **Hipersensibilidad al medicamento:** Reacción alérgica.
4. **Trombosis de arterias oftálmicas:** Puede producir ceguera en el lado afectado.
5. **Piel muy transparente:** Efecto Tyndall.
6. **Dolor en el sitio de colocación.**
7. **Nódulo y material palpable:** Formación de pequeños bultos bajo la piel debido a la acumulación de material de relleno.
8. **Historial de infección con Virus del Herpes:** Riesgo de recurrencia de un brote de herpes.
9. **Reacciones Alérgicas:** No debe ser utilizado en pacientes con alergias severas.
10. **Queloides/Cicatrización:** No estudiada en pacientes con susceptibilidad a cicatrización queloide o hipertrófica.
11. **Inyección Accidental en un Vaso Sanguíneo:** Puede bloquear el vaso sanguíneo y ocasionar daño del tejido local.
12. **Duración del efecto:** Varía entre los pacientes y pueden ser necesarios tratamientos adicionales.
13. **Terapias Dérmicas Concomitantes:** No se recomienda la aplicación de láser u otros tratamientos de calor conjuntamente con el tratamiento de ácido hialurónico.

**Autonomía del Paciente:** El paciente tiene total autonomía para revocar la decisión de someterse a este procedimiento en cualquier momento.

**Responsabilidad del Paciente:** El paciente debe proporcionar información veraz sobre sus antecedentes médicos, alergias y medicamentos que toma, ya que omitir o distorsionar esta información puede poner en riesgo su vida durante el procedimiento.

**Observaciones:** Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.

### Tecnovigilancia

Entiendo y autorizo que, en caso de que se haya presentado un incidente o incidente adverso relacionado con el uso del producto, Grupo Zeyco se pueda comunicar conmigo y/o con el profesional de la salud que prescribió o administró el producto, para obtener información relevante sobre el **evento (incluyendo, pero no limitado a información clínica del tratamiento, del producto y cualquier dato que se considere necesario para la evaluación correspondiente)**. Asimismo, reconozco que toda la información compartida será tratada confidencialmente, y que la finalidad de esta autorización es para ayudar a garantizar el cumplimiento normativo de la tecnovigilancia y para mejorar la seguridad del producto en cuestión.

**Fecha y Lugar:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma  
Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Firma  
Testigo**