

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRATAMIENTO CON TEOSYAL

- He recibido información suficiente sobre el producto que me será aplicado, así como las zonas para las cuales está indicado.
- También he recibido información sobre las contraindicaciones de su administración y los potenciales efectos secundarios.

He sido informado que:

- Los productos de **TEOSYAL** son reticulados, estériles, visco elásticos y hechos a base de gel de ácido hialurónico de origen **NO ANIMAL**. Este producto es aplicado en la dermis para el tratamiento de las líneas de expresión, pliegues de la piel, para restaurar la forma del rostro y el aumento de labios.
- Los productos reticulados de la gama **TEOSYAL** aseguran el efecto específico por un período de 6 a 12 meses. Este tiempo puede variar de acuerdo al tipo de piel, el área tratada, las cantidades aplicadas y la técnica utilizada.
- He sido informado completamente que posterior a la aplicación de **TEOSYAL**:
- Algunos enrojecimientos, edema, comezón y un leve dolor pueden aparecer en la zona de la aplicación y que generalmente desaparecen en las 72 Hrs. Posteriores.
- Algunos leves nódulos pueden aparecer en la zona tratada.
- En casos muy aislados se ha reportado un efecto de decoloración en la zona tratada.
- He sido también informado que algunos casos extremadamente raros de necrosis en el área glabellar, abscesos, granuloma o hipersensibilidad han sido descritos en la literatura, después de la aplicación de ácido hialurónico.
- La persistencia de cualquier reacción inflamatoria por más de una semana, o el desarrollo de algún otro efecto secundario, deben ser reportados a su médico tan pronto como sea posible.

Su médico deberá recetar el tratamiento apropiado.

- En todos los casos, pueden ser necesarios varios meses de tratamiento para mejorar totalmente.
- Conozco las recomendaciones para después de la aplicación y doy mi consentimiento para que me sea aplicado el tratamiento con la gama **TEOSYAL**.
- He sido informado de las recomendaciones post-tratamiento y me comprometo a seguirlas.

Nombre del paciente (Mayúsculas)

Nombre del Médico (Mayúsculas)

Fecha y firma del paciente

Fecha y firma del Médico