Consulta / sello

Cuestionario médico y consentimiento para tratamiento inyectable

Datos del cliente

Nombre y apellidos

Fecha de nacimiento

Teléfono

Fecha

FICHA DEL PACIENTE / CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE MEDICINA ESTÉTICA

Contraindicaciones absolutas para los tratamientos inyectables

- Embarazo y periodo de lactancia
- Enfermedades autoinmunitarias (Hashimoto, artritis reumatoide, lupus, esclerosis múltiple)
- Tumores malignos (activos o en tratamiento)
- Diabetes descompensada
- Proceso inflamatorio activo, fiebre o resfriado
- Herpes activo o lesiones purulentas o acneicas en la zona del tratamiento
- Tendencia a formar queloides
- Trastornos de la coagulación o medicación anticoagulante
- Alergia a la hialuronidasa, al veneno de himenópteros, a la proteína del huevo o a la lidocaína
- Medicación inmunosupresora (ciclosporina, metotrexato, azatioprina)
- Tendencia al herpes (en tratamientos labiales se requiere profilaxis con aciclovir)
- Rellenos permanentes en la zona del tratamiento (por ejemplo, Aquamid)
- Tratamientos odontológicos en los últimos 14 días
- Vuelos previstos en las 72 horas posteriores al tratamiento
- Retinoides (isotretinoína, tretinoína) en los últimos 6 meses

Marca SÍ o NO. Ocultar información puede provocar complicaciones graves, incluidas la necrosis tisular y la pérdida de visión.

¿Embarazo o periodo de lactancia?	☐ Sí	☐ No
¿Enfermedades autoinmunitarias (Hashimoto, artritis reumatoide, lupus, esclerosis múltiple)?	☐ Sí	☐ No
¿Diabetes descompensada o enfermedades oncológicas?	☐ Sí	☐ No
¿Proceso inflamatorio activo, fiebre o resfriado?	☐ Sí	☐ No
¿Herpes activo o lesiones purulentas en la zona del tratamiento?	☐ Sí	☐ No
¿Tendencia a queloides o cicatrices hipertróficas?	☐ Sí	☐ No
¿Trastornos de la coagulación o medicación anticoagulante?	☐ Sí	☐ No
¿Alergia a la hialuronidasa, al veneno de insectos, a la proteína del huevo o a la lidocaína?	☐ Sí	☐ No

¿Rellenos permanentes en la zona del tratamiento (por ejemplo, Aquamid)? ☐ Sí ☐ No

¿Tratamientos odontológicos en los últimos 14 días? ☐ Sí ☐ No

¿Vuelos previstos en las 72 horas posteriores al tratamiento? ☐ Sí ☐ No

¿Retinoides (isotretinoína, tretinoína) en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Toma usted medicación inmunosupresora (ciclosporina, metotrexato, azatioprina)? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene usted tendencia al herpes recurrente (especialmente en la zona labial)? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha sometido usted antes a tratamientos con toxina botulínica (Botox)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es SÍ, ¿cuándo fue la última vez?

¿Ha tenido usted antes complicaciones tras el ácido hialurónico? ☐ Sí ☐ No

Relación de toda la medicación que toma de forma habitual

⚠ ADVERTENCIA ESENCIAL: En España la aplicación de toxina botulínica y de rellenos inyectables está reservada a profesionales médicos —y a odontólogos dentro de su campo de actuación—: la toxina botulínica es un medicamento sujeto a prescripción médica (circulares 2/2010 y 1/2023 de la AEMPS) y su administración constituye un acto médico en el sentido de la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias. La oclusión vascular (embolia por ácido hialurónico) puede provocar NECROSIS TISULAR, PÉRDIDA DE VISIÓN o ICTUS. Si se sospecha una oclusión, consiento que se avise de inmediato al 112 o que se me traslade sin demora a un servicio de urgencias hospitalarias para que un facultativo administre hialuronidasa.

DECLARACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS — El responsable del tratamiento de mis datos es _____, con domicilio en _____ y NIF _____. Los tratamientos de medicina estética se realizan bajo la responsabilidad de un médico, en una unidad asistencial de las definidas como U.48 «medicina estética» en el anexo II del Real Decreto 1277/2003, de modo que la documentación que se genera es documentación clínica: mis datos de salud se tratan con fines de diagnóstico y tratamiento sanitario por un profesional sujeto al deber de secreto (art. 9.2.h del RGPD, en relación con el art. 9.2 de la Ley Orgánica 3/2018 y con la Ley 41/2002). La documentación clínica se conserva durante el plazo mínimo de cinco años desde el alta de cada proceso asistencial (art. 17.1 de la Ley 41/2002). Si la normativa de mi comunidad autónoma fija para los documentos de consentimiento informado un plazo superior o un cómputo distinto, se aplicará el plazo más largo de los que resulten exigibles. Me asisten los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, así como el derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). El derecho de supresión no alcanza a la documentación clínica que la Ley 41/2002 obliga a conservar.

Fecha

Firma del paciente (consentimiento y cuestionario)

Instrucciones posteriores y protocolo de urgencia

INSTRUCCIONES POSTERIORES Y PROTOCOLO DE URGENCIA (SOS) — Léelas con atención y cumple cada punto. No seguirlas puede conllevar complicaciones permanentes o una situación de riesgo vital.

1. DURANTE 24 HORAS: no tocar ni masajear la zona de los pinchazos, no maquillarse y no lavar el rostro con jabón en la zona de inyección; usar únicamente un limpiador suave.

- [ ] Entiendo que no debo tocar ni masajear la zona, ni maquillarme, durante las 24 horas siguientes al tratamiento

2. DURANTE 48 HORAS: prohibido de forma absoluta el alcohol (aumenta la hinchazón y retrasa la absorción), prohibido el ejercicio físico intenso y prohibidos la sauna y los baños calientes.

- [ ] Me comprometo a no consumir alcohol ni hacer ejercicio durante 48 horas

3. DURANTE 14 DÍAS: evitar la sauna, las cabinas de bronceado, el frío por debajo de –5 °C, los tratamientos odontológicos, los masajes faciales intensos y los tratamientos con corrientes o ultrasonidos.

- [ ] Me comprometo a evitar la sauna, las cabinas de bronceado, el frío intenso y otros tratamientos incompatibles durante 14 días

4. TOXINA BOTULÍNICA (si se ha aplicado): durante las 4 horas posteriores no agacharse ni tumbarse en horizontal. Durante 24 horas, prohibidos el ejercicio intenso y la sauna. El efecto completo aparece a los 10-14 días.

- [ ] Entiendo las indicaciones posteriores a la aplicación de toxina botulínica (si procede)

5. 🚨 PROTOCOLO DE URGENCIA — OCLUSIÓN VASCULAR: una PALIDEZ o una CIANOSIS repentina de la piel, un dolor extremo, la aparición de manchas o la pérdida de visión son SIGNOS DE ALARMA. Contacta INMEDIATAMENTE con la clínica o acude a urgencias. La hialuronidasa funciona mejor cuanto antes se administre, en las primeras horas: no esperes al día siguiente. Si notas cualquier cambio en la visión, llama al 112 de inmediato.

- [ ] Entiendo el protocolo de urgencia: la palidez de la piel, el dolor y las alteraciones de la visión exigen contactar de inmediato con el profesional o acudir a urgencias
- [ ] *Presto mi consentimiento informado al tratamiento de medicina estética propuesto, conociendo sus riesgos y las alternativas*
- [ ] *Consiento de forma voluntaria el tratamiento de mis datos de salud para valorar la indicación del tratamiento y realizarlo con seguridad (art. 9.2.a del RGPD)*

INFORMACIÓN: La clínica se pondrá en contacto contigo para el seguimiento de tu estado de salud tras el tratamiento, lo que constituye un interés legítimo del responsable (art. 6.1.f del RGPD). No requiere tu consentimiento.

- [ ] *CONSENTIMIENTO PARA FINES PROMOCIONALES: Consiento de forma voluntaria y gratuita que _____ utilice y difunda fotografías del resultado del tratamiento (sin mostrar mi rostro ni datos que me identifiquen) con fines promocionales, en sus perfiles oficiales en redes sociales (entre otras, Instagram y Facebook) y en su sitio web. Puedo retirar este consentimiento en cualquier momento.*

DECLARACIÓN DE PROTECCIÓN DE DATOS — El responsable del tratamiento de mis datos es _____, con domicilio en _____ y NIF _____. Los tratamientos de medicina estética se realizan bajo la responsabilidad de un médico, en una unidad asistencial de las definidas como U.48 «medicina estética» en el anexo II del Real Decreto 1277/2003, de modo que la documentación que se genera es documentación clínica: mis datos de salud se tratan con fines de diagnóstico y tratamiento sanitario por un profesional sujeto al deber de secreto (art. 9.2.h del RGPD, en relación con el art. 9.2 de la Ley Orgánica 3/2018 y con la Ley 41/2002). La documentación clínica se conserva durante el plazo mínimo de cinco años desde el alta de cada proceso asistencial (art. 17.1 de la Ley 41/2002). Si la normativa de mi comunidad autónoma fija para los documentos de consentimiento informado un plazo superior o un cómputo distinto, se aplicará el plazo más largo de los que resulten exigibles. Me asisten los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad, así como el derecho a reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). El derecho de supresión no alcanza a la documentación clínica que la Ley 41/2002 obliga a conservar.

Fecha

Firma del paciente (recepción de las instrucciones, protocolo de urgencia y protección de datos)