

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
ADMINISTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre el procedimiento que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o del procedimiento que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE EL PROCEDIMIENTO**

**El Tratamiento con una o más infiltraciones con toxina botulínica**, es un procedimiento que consiste en la introducción de Toxina Botulínica con una jeringa en una parte del organismo. En los grupos musculares más profundos se requiere el uso de electro estimulación o apoyo con ultrasonido para ubicar de forma certera el músculo a infiltrar. La dosis y el número de infiltraciones se analizan en cada caso en particular.

La inyección con toxina botulínica causa la reducción selectiva y temporal de la contracción en la musculatura hiperactiva, durante un periodo medio de 12,5 semanas, mediante la acción selectiva en las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas. La toxina botulínica Tipo A es una sustancia que se emplea en Medicina hace muchos años para distintas indicaciones.

Mediante este procedimiento se pretende:

- Disminuir la espasticidad de uno o varios grupos musculares, con el objetivo de permitir un mejor posicionamiento, incrementar la funcionalidad, aliviar o disminuir el dolor, mejorar un rango de movilidad, disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos.
- Manejo de la Distrofia muscular
- Manejo del blefaroespasma o hemiespasma facial
- Disminuir la producción de saliva
- Disminuir el dolor

El tratamiento no requiere de anestesia general, a excepción de pacientes que no posean la capacidad de cooperar con el procedimiento. El tratamiento no requiere de anestesia local.

Si fuese necesario se indicará frío local en los sitios puncionados y un tratamiento analgésico oral después de la intervención.

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse **efectos indeseables, complicaciones** generales las cuales pueden ser agravadas por las condiciones propias del paciente y patologías concomitantes (diabetes, cardiopatía, hipertensión, obesidad, etc.), como son, reacciones alérgicas leves o graves a medicamentos u otras, como otros específicos del procedimiento:

**Poco graves y frecuentes:**

- Molestias debidas al propio pinchazo y al volumen del medicamento introducido
- Hematomas por lesión de vasos sanguíneos adyacentes
- Ausencia de resultados esperados,
- Cambios en la sensibilidad cutánea
- Infección del sitio de punción
- Debilidad muscular
- Síndrome gripal

**Poco frecuentes y graves:**

- Reacción alérgica a la medicación introducida

Estas complicaciones habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) o rehabilitación.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

Este es el tratamiento más adecuado para usted, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro tipo de caso; las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento serian retracciones articulares, sialorrea, neumonía aspirativa, alteración de la funcionalidad.

Ningún procedimiento invasivo está exento del riesgo de complicaciones, incluyendo el de mortalidad, si bien esta posibilidad es muy infrecuente para este procedimiento.

**CONDICIONES PARTICULARES**

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO**

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **procedimiento de Administración De Toxina Botulínica**, y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE PROCEDIMIENTO DE ADMINISTRACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA**, por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO**, en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

**Completar por el Profesional**

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

**Completar por el Paciente o Representante Legal**

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)