



MICHAEL J. BROWN, M.D., P.L.L.C.
Cirujano Cosmético

CONSENTIMIENTO PARA BOTOX

1. Por este medio, yo autorizo al Dr Michael J. Brown y tales asistentes que puedan ser seleccionados para que me apliquen inyecciones de Botox.

Yo recibí la siguiente hoja de información:

BOTOX

-
2. Yo doy mi consentimiento para la administración de tales anestésicos, consideradas necesarias o aconsejables. Yo entiendo que todo tipo de anestesia envuelve riesgos y la posibilidad de complicaciones.
3. Yo reconozco que nadie me ha dado ninguna garantía de los resultados que puedan ser obtenidos.
4. Yo entiendo que este procedimiento puede fracasar en reducir las arrugas por completo y pueda que múltiples tratamientos sean requeridos para obtener mejores resultados.
5. Yo entiendo que hay riesgos y complicaciones asociados con este procedimiento. Estos incluyen: caída del párpado, sensibilidad e incomodidad en el área tratada, moretones, asimetría, entumecimiento, dolor de cabeza, e hinchazón.
6. Yo doy el consentimiento para la toma de fotografías o la filmación del procedimiento(s) que se llevara a cabo, incluyendo las porciones apropiadas de mi cuerpo, para propósitos médicos, científicos o educativos.
7. Para propósitos de educación médica avanzada, yo autorizo la presencia de observadores.
8. ESTE CONSENTIMIENTO HA SIDO EXPLICADO DE UNA MANERA COMPRESIBLE
- a. EL TRATAMIENTO MENCIONADO O EL PROCEDIMIENTO QUE SERA ACOMETIDO
 - b. QUE PUEDEN HABER PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O METODOS DE TRATAMIENTO
 - c. QUE HAY RIESGOS EN EL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO

YO AUTORIZO EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO Y LOS PUNTOS MENCIONADOS ARRIBA (1-9). ESTOY SATISFECHA CON LA EXPLICACIÓN DADA.

Firma del Paciente o de la Persona Autorizada para Firmar por el Paciente.

Fecha _____ Testigo _____