

# CONSENTIMIENTO INFORMADO, TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

**Centro:** [CENTRO], Unidad asistencial **U.48 Medicina Estética** · N° de autorización sanitaria: [N° AUTORIZACIÓN U.48] **Marco legal:** Ley 41/2002, de autonomía del/de la paciente (información y consentimiento por escrito en procedimientos con riesgo).

---

## 1. Identificación

- **Paciente (D./Dña.):** [NOMBRE] · **DNI / NIE:** [DNI] · **Fecha de nacimiento:** [\_\_\_\_]
- **Médica responsable:** Dra. [NOMBRE] · N° de colegiada **[N° COLEGIADA]** · Colegio Oficial de Médicos de [PROVINCIA]
- **Fecha de la información y firma (anterior al procedimiento):** [FECHA]

## 2. En qué consiste y con qué objetivo

La toxina botulínica tipo A es un **medicamento de prescripción médica** que, inyectado en pequeñas dosis en músculos concretos de la cara, **relaja** su contracción y **atenúa las arrugas de expresión** (entre cejas, frente y contorno de los ojos, principalmente). Se administra mediante microinyecciones en la(s) zona(s): **[ZONA]**. El efecto **no es inmediato**: aparece a los 3-7 días, es máximo hacia los 15 días y es **temporal**, con una duración habitual de **3-4 meses**, tras lo cual el músculo recupera su movilidad.

- **Producto:** [PRODUCTO] · **Lote:** [LOTE] · **Caducidad:** [CADUCIDAD] · **N° de unidades:** [\_\_\_\_]
- **Uso fuera de indicación (off-label):** algunas localizaciones o indicaciones estéticas pueden no figurar en la ficha técnica autorizada. Cuando así sea, se informa expresamente y se registra en la historia clínica.  Aplica  No aplica → [\_\_\_\_]

## 3. Alternativas, incluida la de no tratarse

- **No tratarse:** las arrugas de expresión permanecen; opción válida y sin riesgos.
- Cosmética tópica, medidas de fotoprotección y hábitos.
- Otros procedimientos (p. ej. rellenos para arrugas estáticas, láser, peeling) con indicaciones y riesgos distintos.

## 4. Beneficios esperables, variabilidad y obligación de MEDIOS

Suavización de las arrugas dinámicas tratadas y un aspecto más descansado. El grado de respuesta **varía** según la fuerza muscular, la dosis, la anatomía y la respuesta individual; puede requerir un **retoque** a los 15 días y **repetición periódica** para mantener el efecto. La

médica pone los medios conforme a la buena práctica y **no garantiza un resultado concreto** (obligación de medios, no de resultado; STS 828/2021).

## 5. Riesgos

**Frecuentes y leves (habitualmente transitorios):** - Dolor, enrojecimiento, pequeño hematoma o hinchazón en los puntos de inyección. - **Cefalea** los primeros días. - Sensación de tirantez o pesadez local.

**Infrecuentes:** - **Asimetría** o corrección desigual entre ambos lados (puede requerir retoque). - Efecto insuficiente o **falta de respuesta** (incluida la posible resistencia por anticuerpos tras usos repetidos). - Síntomas pseudogripales leves.

\*\*\*\*Riesgos graves o específicos (poco frecuentes):\*\*\*\* - \*\*\*\*Ptosis palpebral\*\* (caída del párpado) o **ptosis/descenso de la ceja por difusión** del producto a músculos vecinos; es **transitoria** (semanas) y se atenúa al pasar el efecto. - **Diplopía\*\*** (visión doble) o alteración de la mirada por afectación de la musculatura ocular. - Asimetría de la sonrisa o dificultad para gesticular si difunde a los músculos periorales. - En infiltraciones cervicales o de dosis altas: dificultad para tragar (**disfagia**) o debilidad local. - Reacción alérgica/hipersensibilidad al producto (rara). - Difusión del efecto a distancia (excepcional a las dosis estéticas).

## 6. Contraindicaciones y qué debe declarar el/la paciente

**Contraindicado en:** - \*\*\*\*Embarazo y lactancia.\*\*\*\* - \*\*\*\*Enfermedades neuromusculares\*\* (miastenia gravis, síndrome de Eaton-Lambert, ELA y afines). -

**Hipersensibilidad conocida a la toxina botulínica o a sus excipientes.** - Infección o inflamación activa\*\* en la zona a tratar.

**Debe declarar además:** medicación que pueda potenciar el efecto (**aminoglucósidos**, relajantes musculares), anticoagulantes/antiagregantes, cirugías o tratamientos faciales recientes, y cualquier enfermedad neurológica.

## 7. Cuidados posteriores

- No frotar ni masajear la zona tratada durante las primeras horas; mantener la cabeza erguida y evitar tumbarse las **4 horas** siguientes.
- Evitar ejercicio intenso, calor extremo (sauna) y consumo de alcohol el primer día.
- Puede contraer voluntariamente los músculos tratados las primeras horas, según se le indique.
- **Consultará** si aparece caída marcada del párpado, visión doble o cualquier síntoma que le preocupe. Contacto: [TELÉFONO].

## 8. Registro fotográfico (RGPD)

El registro fotográfico pre/post con fines clínicos **forma parte de mi historia clínica** (documentación asistencial; art. 6.1.b y 9.2.h RGPD), según la **Ficha de Valoración y Registro Fotográfico. Cualquier otro uso** (docencia, redes, web, publicidad) requiere mi **consentimiento separado, específico y revocable** (documento **Consentimiento**

**de Datos e Imagen**).  He sido informado/a de que la fotografía clínica forma parte de mi historia clínica.

## 9. Declaración de comprensión

He leído y comprendido esta información, se me ha explicado en lenguaje claro, he podido **preguntar** y se me ha **respondido**. He dispuesto de tiempo para decidir. Recibo copia.

## 10. Revocabilidad

Puedo **revocar** este consentimiento en cualquier momento, sin justificación y sin perjuicio para mi atención.

## 11. Firmas (ANTES del procedimiento)

Firmado en [LOCALIDAD], a [FECHA].

- Paciente / representante legal: \_\_\_\_\_ DNI: [DNI]
- Médica: Dra. [NOMBRE], colegiada [Nº COLEGIADA]: \_\_\_\_\_