****

 **CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA**

**INDICACIONES**

La Toxina Botulinica tipo A es una neurotoxina que bloquea la transmisión de los mensajes entre los nervios y los músculos.

Los nervios envían órdenes a los músculos por intermedio de sustancias químicas que son liberadas en las uniones neuromusculares. Estas uniones neuromusculares son sitios específicos en los que se conectan precisamente los nervios y los músculos.

La toxina bloquea el mensaje de los nervios a los músculos y entonces el músculo se relaja.

El efecto del Botox se hace evidente entre los 2 a 5 días de efectuada la inyección y su efecto puede durar aproximadamente de 4 a 6 meses

Son inyecciones que se efectúan con una aguja muy fina. La toxina se inyecta en mínimas cantidades en sitios específicos para cada tipo de indicación. La cantidad de inyecciones y el lugar donde se introduce la diminuta aguja depende del o los músculos a los que se desea relajar.

**EFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES**

Estos incluyen, sin limitación:

1. Hematomas temporales
2. Dolor temporal
3. Hipocorrección (efecto insuficiente) o hipercorrección (efecto excesivo
4. Edema temporal
5. Asimetría facial (un lado del rostro difiere del otro)
6. Parálisis de los músculos cercanos que puede producir como consecuencia: párpado caído, doble visión, incapacidad de cerrar el ojo, dificultad para silbar o beber con una pajilla
7. Debilidad generalizada
8. Pérdida permanente de tono muscular con inyecciones repetidas
9. Síndrome similar a la influenza o una infección respiratoria
10. Náusea o dolor de cabeza
11. Desarrollo de anticuerpos a la toxina

**CONTRAINDICACIONES**

No debe utilizar el toxina botulinica si:

* Está embarazada
* Lactancia
* Si es alérgica a la albúmina
* Si tiene una infección
* Si tiene alguna afección de la piel o una debilidad muscular en el sitio de la inyección

Entiendo lo anterior y me explicaron los riesgos, beneficios y alternativas.

De conformidad firmo el presente consentimiento.

La Paz …… de ………………… de……….

……………………………… ……………………….

**NOMBRE DEL PACIENTE FIRMA**

……………………………… …………………………

**NOMBRE DE TESTIGO FIRMA**

 ………….….…………………

 **DRA. ALEJANDRA PELAEZ**