

LEA DETENIDAMENTE ESTE DOCUMENTO ANTES DE FIRMARLO. UNA VEZ FIRMADO,  
DEVUELVA UNA COPIA A SU MÉDICO DE CONTACTO Y OTRA A ALLERGAN

Nombre del paciente:

Edad del paciente:

Fecha:

País:

Médico responsable:

Contacto médico (correo/teléfono):

INSERTAR FOTO del paciente  
con el documento de identidad

FECHA: FECHA DEL TRATAMIENTO

Asegúrese de que la foto tiene el  
tamaño adecuado y es visible

### Procedimientos del paciente

Le han invitado a ejercer de modelo en la demostración de tratamientos no quirúrgicos ante un público de profesionales médicos (a efectos formativos). Para participar como modelo, además de haber suscrito la Guía de evaluación de candidatos a talleres de medicina estética, deberá firmar este documento de información y consentimiento, entregándolo siempre antes del inicio del tratamiento.

### REQUISITOS PREVIOS AL TRATAMIENTO:

Tenga en cuenta que no podrá recibir tratamiento si no sigue las siguientes recomendaciones. Esta decisión le corresponde a su médico, que le informará sobre las contraindicaciones y precauciones.

- **No consumir drogas de ningún tipo** (como anfetaminas, opiáceos, etc)

*Notifique al profesional responsable de la inyección si ha consumido algún tipo de droga en los últimos 14 días*

*En los 2 días anteriores al tratamiento:*

	S	N	En caso afirmativo, cuándo:
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogas o estupefacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### PROCEDIMIENTOS PARA LA REUNIÓN:

1. No lleve joyas, ni maquillaje ni lentillas y, en caso de ser hombre, vaya recién afeitado
2. A su llegada, le entregarán una diadema para sujetarse el pelo
3. Se tomarán fotografías del antes y el después, y podría grabarse el tratamiento en vídeo
4. Siempre estará acompañada/o del doctor/a y tendrá derecho a ser informado y a que se resuelvan sus dudas

### REQUISITOS TRAS EL TRATAMIENTO:

*Evite lo siguiente durante 12 horas:*

- Expresiones faciales extremas
- Consumo de alcohol
- Maquillaje
- Practicarse otro tratamiento facial o intervención quirúrgica

**Evite lo siguiente durante 2 días:**

- Intente no dormir de lado ni boca abajo

**Evite lo siguiente durante al menos 2 semanas:**

- Exposición solar extrema
- Luz UV
- Temperaturas gélidas
- Baños turcos
- Saunas

**Síntomas que podría experimentar\***

- Enrojecimiento y edema en el punto de inyección
- Hematomas alrededor del punto de inyección
- Dolor sordo y dolor leve a la palpación

**\*Asegúrese de que el profesional que realice el procedimiento le comunique los posibles riesgos y/o contraindicaciones.**

Si los síntomas mencionados se prolongan más de dos o tres días u observa otros síntomas tras el tratamiento, contacte con su médico, cuyos datos de contacto figuran a continuación.

**Si se presenta un dolor intenso o decoloración de la piel (blaqueamiento) alrededor del punto de inyección en las 24 horas posteriores al tratamiento, contacte con su médico de inmediato.**

**Datos de contacto en caso de urgencias tras el tratamiento/dudas:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Muchas gracias por facilitar estos datos de contacto para urgencias. Para responder a urgencias tras el tratamiento o a dudas, es necesario recopilar información personal sobre la persona a la que haya nombrado como contacto para urgencias. Estos datos personales que proporcione se usarán y divulgarán a los departamentos relevantes de Allergan a efectos de responder a las urgencias tras el tratamiento o las dudas que surjan. Toda la información que proporcione se tratará y almacenará de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos de la UE 2016/679 durante el tiempo necesario para cumplir con el objetivo para el que se haya recopilado. La persona de contacto para urgencias recibirá una copia de esta declaración.

*Allergan ha recibido sus datos personales, incluidos su nombre, número de teléfono y correo electrónico, con el fin de incluirle en nuestro registro como persona de contacto en caso de urgencias de [nombre del paciente/modelo]. Para responder a urgencias tras el tratamiento o a dudas, necesitamos recopilar su información personal. Sus datos personales se usarán y divulgarán a los departamentos relevantes de Allergan a efectos de responder a las urgencias tras el tratamiento o las dudas que surjan. Toda la información que proporcione se tratará y almacenará de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos de la UE 2016/679 durante el tiempo necesario para cumplir con el objetivo para el que se haya recopilado. Si tiene alguna pregunta sobre el tratamiento de sus datos personales o no está de acuerdo con el uso de estos, no dude en contactarnos en [IR-EUDPO@allergan.com](mailto:IR-EUDPO@allergan.com). Asegúrese de consultar con un médico autorizado si necesita más tratamiento tras esta reunión.*

**GUARDE ESTA INFORMACIÓN DE FORMA SEGURA COMO REFERENCIA PARA ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### LEA ESTA INFORMACIÓN DETENIDAMENTE

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente comprendo y acepto que es decisión mía someterme a  
l tratamiento con rellenos de ácido hialurónico, inductores de colágeno y/o toxina botulínica  
de tipo A. Los productos utilizados serán: \_\_\_\_\_

El tratamiento se administrará durante el taller / evento de formación a médicos especialistas en medicina  
estética que tendrá lugar el próximo \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ horas en  
\_\_\_\_\_. Libremente he decidido participar como modelo-  
paciente en este taller y comprendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento antes de recibir  
el tratamiento. Comprendo que, inclusive estando en el taller, podrían no seleccionarme para el  
tratamiento.

He sido debidamente informado por el Dr./ Dra. \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_  
en \_\_\_\_\_ sobre el tratamiento y productos a utilizar. He tenido la oportunidad de aclarar mis  
dudas, he expuesto al Dr./Dra. mi historial médico y comprendo que el tratamiento anteriormente  
mencionado puede provocar efectos secundarios, por lo que contactaré de inmediato con mi médico tratante  
si esto ocurre. El médico tratante será responsable en exclusiva del seguimiento y atención al paciente tras el  
tratamiento, incluyendo la gestión de efectos adversos. Allergan no tendrá responsabilidad a tal respecto.

*Allergan Aesthetics "Allergan" puede recopilar sus datos personales, incluidos su nombre, edad, imágenes, fotografías, videos, origen racial, diagnóstico médico, en un evento educativo patrocinado por Allergan con el propósito de usar, licenciar, publicar, transmitir, exhibir, reproducir o distribuir en materiales educativos, de investigación y promocionales. Allergan también puede compartir de manera segura sus datos personales, incluidas sus imágenes, fotografías, videos, con terceros contratados autorizados o que actúen en su nombre para los fines establecidos en este formulario de consentimiento. Se requiere su consentimiento para que Allergan o cualquier tercero contratado autorizado o que actúe en su nombre, use sus datos personales en materiales educativos, de investigación y promocionales. Su consentimiento es voluntario, pero si no lo hace, es posible que no pueda participar en un evento educativo patrocinado por Allergan. Si acepta, marque "Acepto". Podrá retirar su consentimiento en cualquier momento. Consulte nuestro Aviso de privacidad [www.abbvie.es/privacy.html](http://www.abbvie.es/privacy.html) para obtener información adicional sobre cómo Allergan procesa los datos personales, así como para obtener una descripción detallada de sus derechos de privacidad de datos.*

*Autorizo a Allergan, o cualquier tercero contratado autorizado o que actúe en su nombre, a recopilar mis datos personales, incluidos mi nombre, edad, imágenes, fotografías y videos origen racial, diagnóstico médico, para que Allergan o cualquier tercero contratado autorizado o que actúe en su nombre, utilice sus datos personales en materiales educativos, de investigación y promocionales.*

Cumpliméntese en MAYÚSCULAS claras:

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

DEVUELVA ESTE DOCUMENTO A SU MÉDICO  
ALLERGAN CONSERVARÁ UNA COPIA

