CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TOXINA BOTULÍNICA

Centro: nombre, dirección y teléfono	N.º de registro o autorización sanitaria autonómica
Paciente (nombre y apellidos)	DNI/NIE/pasaporte
Fecha de nacimiento	N.º de historia clínica
Representante legal (solo si procede), DNI/NIE y relación	Fecha de entrega de esta información
Médico que informa y n.º de colegiado	Médico que realiza el tratamiento (si es otro) y n.º de colegiado
Producto o equipo y lote	Versión del documento (código y fecha)

Menores: si el paciente tiene menos de 16 años, consiente su representante legal después de haber oído su opinión, que es: [opinión]. Si tiene 16 o 17 años, consiente él mismo; el centro puede pedir además la firma de [padre, madre o tutor] según su protocolo.

Descripción del tratamiento

El tratamiento consiste en la inyección, por un médico, de pequeñas cantidades de toxina botulínica tipo A, que es un medicamento ([nombre comercial], lote [número]), en [zonas: entrecejo, patas de gallo, frente...] para relajar temporalmente los músculos responsables de las arrugas de expresión. Su finalidad es suavizar esas arrugas. Solo se utilizan medicamentos autorizados en España, adquiridos por canales legales.

Indicaciones autorizadas y uso fuera de ficha técnica

Este medicamento está autorizado en España para [indicaciones de la ficha técnica del producto: líneas del entrecejo, patas de gallo, líneas de la frente...] en adultos [de 18 a 65 años]. [Si procede:] El tratamiento de [zona] no figura entre sus indicaciones autorizadas (uso fuera de ficha técnica). El médico me ha explicado por qué lo propone, los beneficios que cabe esperar, que la experiencia sobre su seguridad en esa zona es menor y que en mi caso los riesgos específicos son: [riesgos de la zona]. □ No aplica □ Acepto el uso fuera de ficha técnica en [zona].

Resultados

El efecto empieza a notarse entre [2-3 días] y [una semana] después, alcanza su máximo hacia [las 2-4 semanas] y suele durar entre [3] y [4] meses, según el producto, la zona y cada persona. Puede ser necesaria una revisión o un retoque, en las condiciones indicadas en el presupuesto. No conviene repetir el tratamiento antes de [3 meses]. Con tratamientos repetidos, en algunas personas el efecto puede disminuir por la formación de anticuerpos frente a la toxina. El resultado no está garantizado y puede no ser simétrico por completo.

Consecuencias habituales

Pequeñas marcas o enrojecimiento en los puntos de inyección durante unas horas.

Riesgos frecuentes

Dolor, escozor, hormigueo, hinchazón leve o hematoma en los puntos de inyección; dolor de cabeza en los primeros días; caída temporal del párpado o de la ceja (ptosis), que suele aparecer en las dos primeras semanas; elevación anómala de la parte externa de la ceja; sequedad o lagrimeo ocular. Su frecuencia exacta depende del producto y de la zona tratada.

Riesgos poco frecuentes

Asimetría en la expresión; debilidad de músculos vecinos, con sonrisa alterada, caída de la comisura de la boca o dificultad para cerrar bien los ojos, según la zona tratada; hinchazón de los párpados; sensación de pesadez en la frente o los párpados; visión doble o borrosa; náuseas; malestar parecido a una gripe; mareo o desmayo durante la inyección. Suelen ser temporales, pero pueden durar lo mismo que el efecto del tratamiento. Si no puedo cerrar bien los ojos o noto el ojo muy seco, debo consultar, porque puede dañarse la córnea.

Riesgos raros pero graves

Reacción alérgica grave (anafilaxia). Difusión del efecto de la toxina lejos del punto de inyección (botulismo iatrogénico), que puede aparecer horas o semanas después: debilidad muscular generalizada, caída de ambos párpados, visión doble, dificultad para tragar, hablar o respirar y, de forma excepcional, neumonía por aspiración, que puede ser grave o mortal. Si aparece alguno de estos síntomas, debo pedir asistencia médica inmediata (112 o urgencias), informar del tratamiento recibido y avisar a la clínica en el teléfono [número].

Contraindicaciones y precauciones

No debo recibir este tratamiento si tengo: alergia a la toxina botulínica o a algún componente del producto; miastenia gravis, síndrome de Lambert-Eaton, esclerosis lateral amiotrófica u otra enfermedad neuromuscular; infección o inflamación en la zona. No se recomienda durante el embarazo o la lactancia, si puedo quedarme embarazada y no uso un método anticonceptivo, en menores de 18 años [ni por encima de [65] años, según el producto], ni si tengo antecedentes de dificultad para tragar o de aspiración. Debo informar si: tengo problemas de coagulación o tomo anticoagulantes o antiagregantes; tomo aminoglucósidos, espectinomicina, relajantes musculares, cloroquina, hidroxicloroquina u otros medicamentos que actúan sobre la transmisión entre nervio y músculo; he recibido toxina botulínica, por motivo estético o médico, en los últimos [4] meses, o tuve problemas en tratamientos anteriores; me han operado la cara o los párpados.

Cuidados posteriores

Durante las primeras [4] horas, no frotar, masajear ni presionar la zona; como precaución, evitar tumbarme y hacer ejercicio intenso ese día. No hacerme otros tratamientos en la zona (otra toxina, radiofrecuencia, masajes faciales) durante [x] días sin consultarlo. Si noto debilidad muscular, caída de los párpados, alteraciones de la visión o mareo, no debo conducir ni manejar máquinas. Revisión prevista: [fecha]. [Otras indicaciones del médico].

Riesgos personalizados

Además de los riesgos generales, en mi caso concreto se me ha informado de: [riesgos derivados de la anamnesis o «ninguno adicional»].

Declaración de salud

Declaro que he informado de forma veraz sobre mi estado de salud, enfermedades, alergias, medicación (incluidos anticoagulantes, antiagregantes y suplementos), posible embarazo o lactancia y tratamientos estéticos previos en la zona, y que entiendo que ocultar información puede aumentar los riesgos.

Alternativas

Se me han explicado las alternativas disponibles ([alternativas]), incluida la de no realizar el tratamiento, y las consecuencias de no hacerlo, que en un tratamiento estético consisten, en general, en no obtener la mejora buscada.

Comprensión

He recibido esta información el [fecha de entrega], con antelación suficiente para leerla con calma; he podido hacer preguntas y [nombre del profesional que informa] me las ha respondido de forma comprensible. Entiendo que la medicina estética no garantiza un resultado concreto. [Si el tratamiento tiene varias sesiones: este consentimiento sirve para las sesiones de este tratamiento mientras no cambien el producto o equipo, la técnica, la zona o mi estado de salud.]

Fotografías clínicas

Las fotografías de la zona tratada forman parte de mi historia clínica y sirven para valorar el resultado; solo las verán los profesionales que me atienden. Además, de forma voluntaria y por separado: □ Sí □ No autorizo el uso de mis fotografías, sin datos que me identifiquen, con fines docentes o científicos. □ Sí □ No autorizo su publicación en la web y las redes sociales del centro: □ sin que se me reconozca □ con la cara visible. Negarme no afecta en nada a mi tratamiento. Puedo retirar estas autorizaciones en cualquier momento escribiendo a [correo electrónico], sin efecto sobre los usos ya realizados.

Protección de datos

Responsable: [razón social], NIF [número], [dirección], [correo electrónico]. Delegado de protección de datos: [contacto del DPD]. Finalidad: prestarme asistencia sanitaria, documentar este consentimiento en mi historia clínica y gestionar mi relación con el centro. Base jurídica: la prestación de asistencia sanitaria y las obligaciones legales del centro (artículos 6.1.b y c y 9.2.h del RGPD; Ley 41/2002); las fotografías con fines docentes o publicitarios solo se usarán con mi consentimiento, que puedo retirar en cualquier momento. Facilitar mis datos de salud es necesario para tratarme con seguridad. Destinatarios: no se comunicarán a terceros salvo obligación legal; [proveedores que tratan datos por cuenta del centro con contrato, p.

ej. el programa de gestión]. [Transferencias internacionales: no se realizan / se realizan a [país] con [garantía].] Conservación: el tiempo que exige la normativa de historia clínica, como mínimo [cinco años desde el alta de cada proceso asistencial / plazo de la comunidad autónoma]. Derechos: puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad en [correo o dirección], y reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es). Más información: [enlace a la política de privacidad].

Revocación

Sé que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, también entre sesiones, sin tener que dar explicaciones, firmando el apartado de revocación de este documento.

Observaciones del profesional

Declaro que he comprendido la información, que doy mi consentimiento para el tratamiento descrito y que he recibido una copia de este documento firmado.

En _____, a ___ de _____ de _____.

Paciente (nombre, DNI y fecha)	Representante legal, si procede (nombre, DNI y fecha)	Médico que informa (nombre, n.º de colegiado y fecha)

RECHAZO DEL TRATAMIENTO

Después de haber sido informado/a, no autorizo la realización de este tratamiento y asumo las consecuencias de esta decisión.

En _____, a ___ de _____ de _____.

Paciente o representante legal (nombre, DNI y fecha)	Médico (nombre, n.º de colegiado y fecha)

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento que firmé el [fecha] para [tratamiento] y no deseo [iniciar el tratamiento / continuar con las sesiones pendientes]. He sido informado/a de las consecuencias de esta decisión.

En _____, a ___ de _____ de _____.

Paciente o representante legal (nombre, DNI y fecha)	Médico (nombre, n.º de colegiado y fecha)

Ley 41/2002, de autonomía del paciente. Modelo versión 2026-10. Plantilla gratuita de CliniQ (cliniq.es), revisada el 22 de octubre de 2026. Es orientativa: adáptala a tu centro y revísala con tu asesoría o tu colegio profesional antes de usarla.