Doctor/a: [Nombre del Médico], [Nombre de Centro Sanitario]

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:

DERMOABRASIÓN

1. El objetivo de la técnica es eliminar las capas superficiales de la piel y está indicado en el tratamiento de cicatrices, aunque también es posible tratar distintos tipos de lesiones cutáneas benignas. La realización del tratamiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
2. El médico me ha explicado que a lo largo del tratamiento puede ser necesaria la administración de anestesia, de cuyo riesgo me informará el servicio de anestesia.
3. El tratamiento consiste primero en marcar y refrigerar con un agente congelante la zona a tratar para después realizar la abrasión de las capas superficiales de la piel mediante fresas rotatorias.

El médico me ha explicado que tras el tratamiento quedará una superficie cruenta que deberé curar siguiendo sus instrucciones y que cicatrizará al cabo de siete a diez días.

1. Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como cambio de coloración de la piel tratada y que también es posible la aparición de pequeños quistes, infecciones y cicatrices.

Sé igualmente que debo avisar posibles alergias medicamentosas, cicatrizaciones anómalas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, prótesis, marcapasos, medicaciones actuales, antecedentes personales de herpes simple y cualquier otra circunstancia.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son:

|  |
| --- |
| [Riesgos del tratamiento] |

1. En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que me propone.

DECLARO

Que he sido informado de los siguientes puntos: qué es, cómo se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento y que conozco y, por consiguiente, asumo los riesgos y secuelas que pudieran derivarse o producirse.

Que he leído con detenimiento este escrito y su contenido es perfectamente comprensible para mí ya que las explicaciones se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente, me ha aclarado todas las dudas planteadas y el significado de los términos médicos que recoge. Estoy enterado, que tanto el médico como el resto del personal sanitario, me prestará todos los cuidados con los medios que tengan a su alcance, sin que pueda garantizarme el éxito de la intervención.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con a información recibida y que comprendo el alcance y asumo los riesgos del tratamiento.

Doy mi consentimiento para que en la intervención participen profesionales sanitarios en formación y también autorizo a obtener imágenes de mi enfermedad, y sé que a pesar del enmascaramiento pudiera ser reconocido en ellas. Autorizo que estas imágenes, puedan ser difundidas con fines didácticos y científicos y reproducidas en publicaciones científicas salvaguardando mi anonimato.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nº de Historia:** [Número de Historial]  |  |
| **Paciente** |  |
| Don/Doña.: [Nombre del paciente]  | de 000 años de edad, |
| Con domicilio en: [Domicilio paciente] | y DNI: [DNI del paciente] |
|  |  |
|  **Representante legal del paciente** |  |
| Don/Doña.: [Nombre del representante legal] | de 000 años de edad, |
| Con domicilio en: [Domicilio del representante legal]  | y DNI: [DNI del representante legal] |
| En calidad de [Calidad del representante legal]  | de [Nombre del paciente]  |

|  |  |
| --- | --- |
| En [Lugar de firma del Consentimiento], | a 01/01/2013 |
| Fdo: El/la Médico[Nombre del Médico] | Fdo: El/la Paciente[Nombre del paciente] |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Fdo: El representante legal, familiar o allegado[Nombre del representante legal]  |

REVOCACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| Don/Doña [Nombre del paciente], | de 000, años de edad |
| con domicilio en [Domicilio paciente], | y D.N.I. [DNI del paciente] |
| Don/Doña [Nombre del representante legal], | de 000, años de edad |
| con domicilio en [Domicilio del representante legal] | y D.N.I.: [DNI del representante legal] |

[Nombre del representante legal], en calidad de [Calidad del representante legal] de [Nombre del paciente], **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha 01/01/2013 y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

|  |  |
| --- | --- |
| En [Lugar de la firma de revocación], | a 01/01/2013 |
| Fdo: El/la Médico[Nombre del Médico] | Fdo: El/la Paciente[Nombre del paciente] |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Fdo: El representante legal, familiar o allegado[Nombre del representante legal] |

 Conforme al Reglamento (UE) 2016 / 679 (RGPD) le informamos que los datos personales y de salud facilitados serán responsabilidad $TEXT\_titularficherodatossanitarios$., con la finalidad de gestionar la relación contractual con nuestros clientes y asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial, todo ello bajo la legitimación otorgada por su consentimiento expreso o bien del propio interesado y/o con motivo de la ejecución de un contrato de servicios. No se cederán datos a terceros salvo obligaciones legales. En cuanto a sus derechos podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, limitarlos o incluso oponerse a su tratamiento. Más información sobre protección de datos en: www. \_titularficherodatossanitarios$.com