**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA**

**TRATAMIENTO de REJUVENECIMIENTO con LÁSER CO2 FRACCIONADO SMARTXIDE DOT**

Don/Doña de años de edad,

Con domicilio en

y DNI

En calidad de representante legal, allegado o familiar de Don/Doña de años de edad, Con domicilio en y DNI

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TRATAMIENTO LÁSER de rejuvenecimiento con CO2 FRACCIONADO SMART XIDE DOT.

1.- El objetivo de la técnica es la destrucción controlada en forma discontinua y punteada de las capas más superficiales de la piel. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.- El médico me ha explicado que el procedimiento se realiza habitualmente con anestesia tópica. Hay algunos casos descritos de arritmias tras la aplicación de la crema anestésica, pero el efecto más frecuente es la aparición de enrojecimiento o blanqueamiento de la zona de forma reversible. En el caso de uso de anestesia local inyectada, los efectos secundarios más importantes son reacción alérgica, arritmia o shock anafiláctico.

3.- El tratamiento consiste en destruir de forma controlada las capas más superficiales de la piel con pasos sucesivos del haz de láser sobre una zona en forma de puntos y dejando piel intacta, lo que determinará una mayor profundidad de destrucción a cada paso, por lo que dependiendo del resultado que se quiera tener serán necesarias un mayor o menor número de pasadas con el rayo láser. La técnica está indicada en cualquier proceso superficial que afecte a epidermis y dermis superficial, cicatrices postacné y arrugas faciales.

4.- Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como mareos, eritema o enrojecimiento persistente, infecciones, erupciones acneiformes, alteraciones de la pigmentación en la zona tratada, así como que pueden quedar cicatrices dependiendo de la tendencia personal o familiar, y por tanto impredecible, a producir cicatrices alteradas.

El médico me ha advertido, prohibiéndomelo expresamente, que no debo exponerme al sol y que debo usar diariamente protección solar durante al menos seis meses después de la intervención.

También me ha advertido el médico que es importante conocer todos mis antecedentes médicos actuales y pasados, así como enfermedades familiares. Comprendo que el fin de este tratamiento es mejorar mi apariencia, existiendo la posibilidad de que el resultado no sea el que espero.

Se me ha informado de un número de sesiones de forma orientativa, siendo imposible conocer de antemano la cantidad exacta de sesiones necesarias por la diferente capacidad de reacción de cada paciente.

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

5.- En mi caso particular, se ha considerado que éste 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 se me propone.

He comprendido las explicaciones que 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.

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 la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

**CONSIENTO**

Y en tales condiciones **CONSIENTO que se me realice el TRATAMIENTO** LÁSER de rejuvenecimiento con CO2 FRACCIONADO SMART XIDE DOT.

En Madrid, a

Fdo: Médico Fdo: Paciente Fdo: Representante legal, familiar, allegado

REVOCACIÓN

|  |  |
| --- | --- |
| **Paciente** |  |
| Don/Doña.:  | de años de edad, |
| Con domicilio en:  | y DNI:  |
|  |  |
| **Representante legal del paciente** |  |
| Don/Doña.:  | de años de edad, |
| Con domicilio en:  | y DNI:  |
| En calidad de  | de |

REVOCO el consentimiento prestado en fecha .................................., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

|  |  |
| --- | --- |
| En Madrid | a 09/02/2019  |
| Fdo: El/la Médico | Fdo: El/la Paciente |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | Fdo: El representante legal, familiar o allegado |

Conforme al Reglamento (UE) 2016 / 679 (RGPD) le informamos que los datos personales y de salud facilitados serán responsabilidad la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), 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: <https://aedv.es/politica-de-privacidad/>