**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**PARA: TRATAMIENTO LÁSER CO2 Y RESURFACING**

1.- El objetivo de la técnica es la destrucción controlada 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 local o general, de cuyos riesgos me informará el servicio de anestesia.

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, 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, como tumores epidérmicos (queratosis solares, queratosis seborreicas, nevus epidérmico, etc...), 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, hematomas, sangrado, infecciones, erupciones acneiformes, hiper o hipopigmentación 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 (queloides), e incluso un riesgo mínimo de mortalidad.

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.

Sé que la técnica puede realizarse tanto de forma ambulatoria como con ingreso hospitalario, para la que me ha dado recomendaciones previas.

También me ha advertido el médico que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicaciones actuales, antecedentes de herpes simple facial, antecedentes personales o familiares de queloides o 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:

DECLARO

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.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **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: [DNI del representante legal] |
| En calidad de [Calidad del representante legal] | de [Nombre del paciente] |

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