# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO LASER FRAXEL

Nº HISTORIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Don/Doña .....................................................................................................................................de ............. años de edad

*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..................................................................................................................... y D.N.I. nº ............................

Don/Doña .................................................................................................................................. de .............. años de edad.

*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en ............................................................................................................. y D.N.I. nº.....................................

en calidad de ....................................................... de ...........................................................................................................

*(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)*

**DECLARO**

Que el DOCTOR/A ...............................................................................................................................................................

*(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)*

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir tratamiento mediante **LASER FRAXEL** para procedimientos dermocosméticos.

* El objetivo de la tecnica es el tratamiento de manchas, alteraciones en la piel y rejuvenecimiento no ablativo ademas de eliminar pigmentaciones y dilataciones vasculares.
* El médico me ha explicado que el procedimiento puede requerir la utilización de anestesia tópica, de cuyos riesgos me ha informado el facultativo y que consiento.
* El tratamiento consiste en estimular la producción de fibras de colágeno y material extracelular de la dermis, así como de destruir de forma controlada y selectiva las lesiones de la piel mediante la aplicación del laser en pases sucesivos. El tratamiento se individualizará en función de las alteraciones a tratar y de las características de su piel. Durante el tratamiento se utilizará un sistema de aire frío para mantener protegidas las partes más superficiales de la piel y para disminuir la sensación de calor. El Médico me ha explicado que el procedimiento puede requerir más de una sesión, con el intervalo entre ellas que considere oportunas.
* Para proteger mis ojos de la luz intensa, serán cubiertos con un material opaco o usaré gafas de protección.
* Durante y después del tratamiento puede sentir molestias, escozor, ardor, enrojecimiento e inflamación, similar a una quemadura solar leve, durante los primeros días. También se suele producir posteriormente una descamación de la piel. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como dolor, costras, ampollas, quemaduras, infecciones, hematomas, cicatrices, queloides y alteraciones en la pigmentación irreversibles de la zona tratada (manchas oscuras o blancas)
* El Médico me ha advertido, prohibiéndomelo expresamente, que no debo exponerme al sol después de cada sesión, así como el uso de protección solar diaria durante al menos 4 semanas después del tratamiento y que es importante seguir cuidadosamente todas las instrucciones de post-tratamiento.
* He informado al Médico de todos los datos de mi historia clínica como alergias, enfermedades o tratamientos que me he realizado, y expresamente de mis antecedentes personales de posibles alergias a medicamentos, fotosensibilidad, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicamentos 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 son:

………………………………………………..............................................................................................................................

...............................................................................................................................................................................................

……………………

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 sido informado, entiendo y asumo que no hay garantía de que el tratamiento con este láser mejorará la apariencia de mi piel.

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.

Y en tales condiciones:

**CONSIENTO**

Que se me realice **TRATAMIENTO DE LASER FRAXEL**

En Madrid, a .....................de .................................................................................. de ............................. (Lugar y fecha)

Fdo.: El / la Médico que solicita la autorización Fdo.: El paciente Fdo.: El Representante Legal,

Nombre y apellidos y nº col.: familiar o allegado

**REVOCACIÓN**

Don/Doña ................................................................................................................................... de ............. años de edad.

*(Nombre y dos apellidos del paciente)*

con domicilio en ..................................................................................................................... y D.N.I. nº ............................

Don/Doña ................................................................................................................................... de .............. años de edad

*(Nombre y dos apellidos)*

con domicilio en .................................................................................................................... y D.N.I. nº...............................

en calidad de ........................................................................... de .......................................................................................

*(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)*

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

En Madrid, a ........................ de ................................................................................. de ......................... .(Lugar y fecha)

Fdo.: El / la Médico que solicita la autorización Fdo.: El paciente Fdo.: El Representante Legal,

Nombre y apellidos y nº col.: 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/>