DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:

TRATAMIENTO LÁSER PARA TATUAJES

1. El objetivo de la técnica es la destrucción controlada del pigmento exógeno que se introdujo en la piel cuando se realizó el tatuaje. La realización del procedimiento puede ser filmada o fotografiada con fines científicos o didácticos.
2. El médico me ha explicado que el procedimiento se realiza habitualmente sin anestesia local.
3. El tratamiento consiste en destruir de forma controlada el pigmento del tatuaje mediante el uso de una luz láser. El haz de láser tiene una especial afinidad por pigmentos rojos, verdes o negros, produciendo un mínimo daño en el tejido adyacente. La técnica está indicada en tatuajes artísticos realizados en cualquier zona de la piel o mucosas. El médico también me ha dicho que para eliminarlo completamente serán necesarias varias sesiones, dependiendo del tamaño, profundidad y color del pigmento.
4. Comprendo que a pesar de la elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como dolor, quemaduras, púrpura, cicatrices hipertróficas, queloides, hiper o hipopigmentación en la zona tratada.

El médico me ha prohibido exponerme al sol antes y después de cada sesión y me ha advertido que debo usar diariamente protección solar alta, durante al menos 00 meses después del procedimiento.

También me ha advertido el médico que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, fotosensibilidad, 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:

|  |
| --- |
|  |

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

**CONSIENTO**

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.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **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 [Calidad del representante legal]  | de  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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/>