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

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA:

TRATAMIENTO MEDIANTE LUZ PULSADA INTENSA PARA FOTOENVEJECIMIENTO

1. El objetivo de la técnica es la restitución de un aspecto más joven de mi piel, además de eliminar pigmentaciones y dilataciones vasculares. La realización del tratamiento puede ser filmada 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 estimular la producción de fibras de colágeno y material extracelular en la dermis, así como destruir de forma controlada y selectiva las lesiones pigmentadas y vasculares de la piel mediante el empleo de una luz intensa no coherente. Está indicado en piel de aspecto envejecida, arrugas, telangiectasias, varículas y lentigos solares. El médico me ha explicado que para obtener los mejores resultados es necesaria la repetición del tratamiento, dependiendo el número de sesiones de la severidad del daño, tipo de lesiones, de la extensión de la piel afectada y de su profundidad en la epidermis y/o dermis.
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 (manchas de la piel) en la zona tratada.

El médico me ha advertido del daño que produce el sol, prohibiéndome expresamente la exposición al sol antes y después de cada sesión y me ha indicado que debo usar diariamente protección solar alta durante al menos 00 mese(s) 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, 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:

|  |
| --- |
| [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:** [000000] |  |
| **Paciente** |  |
| Don/Doña.: [Nombre del paciente] | de 00 años de edad, |
| Con domicilio en: [Domicilio del paciente] | y DNI: 00000000A |
|  |  |
| **Representante legal del paciente** |  |
| Don/Doña.: [Nombre del representante legal] | de 00 años de edad, |
| Con domicilio en: [Domicilio del representante legal] | y DNI: 00000000A |
| En calidad de [Calidad del representante legal] | de [Nombre del paciente] |

|  |  |
| --- | --- |
| En [Lugar], | a 01-01-2000 |
| 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 00, años de edad |
| con domicilio en [Domicilio del paciente], | y D.N.I. 00000000A |
| Don/Doña [Nombre del representante legal], | de 00, años de edad |
| con domicilio en [Domicilio del representante legal] | y D.N.I.: 00000000A |

[Nombre del representante legal], en calidad de [Calidad del representante legal] de [Nombre del paciente], **REVOCO** el consentimiento prestado en fecha 01-01-2000 y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

|  |  |
| --- | --- |
| En , | a |
| 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