# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MESOTERAPIA FACIAL O INFILTRACIÓN INTRALESIONAL FACIAL

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 **MESOTERAPIA FACIAL O INFILTRACIÓN INTRALESIONAL FACIAL**

* El objetivo de la técnica es conseguir la revitalización de la cara, cuello, escote y/o manos mediante un infiltrado dérmico o subdérmico.
* El médico me ha explicado que el procedimiento puede requerir la utilización de anestesia local o tópica, de cuyos riesgos me ha informado el facultativo y que consiento
* El tratamiento consiste en en inyectar en el espacio subdérmico en pequeñas cantidades de ciertos productos y medicamentos de reconocida eficacia para activar la micro-circulación local, estimular la regeneración celular local y mejorar la textura y consistencia cutánea. La introducción se realiza en todas las áreas que deseamos mejorar. Se utilizan productos o fármacos aislados o en ocasiones combinaciones de los mismos que complementan o potencian sus efectos. He sido informado que suelen ser necesarias varias sesiones, con la periodicidad que establezca el médico.
* En su caso utilizaremos (productos y/o medicamentos) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
* Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como reacciones a la sustancia empleada (por lo general leves, que remiten bajo el tratamiento adecuado o incluso sin tratamiento), hinchazón, enrojecimiento, dolor, escozor y pápulas (pequeños bultos) en la zona infiltrada. También pueden aparecer hematomas o costras puntiformes que desaparecen espontáneamente en varios días. El Médico me ha advertido que el tratamiento pudiera reactivar un herpes simple recidivante.
* He informado al Médico de todos los datos de mi historia clínica como alergias, enfermedades o tratamientos que me he realizado de cualquier tipo de implante o relleno previo 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:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ZONAS A TRATAR**

  

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.

He sido informado, entiendo y asumo que no existe garantía de con este tratamiento mejore la apariencia de la piel de las zonas tratadas.

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 MESOTERAPIA FACIAL O INFILTRACIÓN INTRALESIONAL FACIAL**

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

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