# DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO MEDIANTE VAPORIZACIÓN DE NEVUS / LESIÓN CUTANEA BENIGNA

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 DE VAPORIZACIÓN CON LÁSER ERBIO DE NEVUS / LESIÓN CUTÁNEA BENIGNA**

* El objetivo de la técnica es la extirpación de un nevus pigmentario de tipo cupuliforme o exofítico, así como otro tipo de lesiones cutáneas benignas (pápulas fibrosas, hiperplasias sebáceas).
* 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 vaporización mediante láser erbio de la lesión. Está indicado en lesiones pigmentadas benignas prominentes, pediculadas o cupuliformes.
* Para proteger mis ojos de la luz intensa, serán cubiertos con un material opaco o usaré gafas de protección.
* Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor, escozor, quemaduras, infecciones, erupciones acneiformes y manchas oscuras o claras en la zona tratada.
* Existe la posibilidad de producir cicatrices irreversibles en la piel, incluyendo cicatrices abultadas. La formación de cicatrices abultadas (queloides) depende de la tendencia personal o familiar, por lo que su aparición puede ser impredecible.
* 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 30 días después de la intervención 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 ni de que la lesión desaparezca completamente existiendo el riesgo de recidiva o reaparición.

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 VAPORIZACIÓN CON LÁSER ERBIO DE NEVUS / LESIÓN CUTÁNEA BENIGNA**

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/>