

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA: TRATAMIENTO MEDIANTE RADIOFRECUENCIA PARA ARRUGAS

1. El objetivo de la técnica es la eliminación de las arrugas de cara y cuello, produciendo un efecto de “minilifting”. La realización del procedimiento puede ser filmada o fotografiada con fines científicos o didácticos.
2. El Especialista me ha explicado que el procedimiento se realiza habitualmente sin anestesia local.
3. El tratamiento consiste en la producción de un daño térmico en la dermis de algunas zonas de la cara y cuello, con un efecto tensor del área facial tratada. La técnica está indicada en piel flácida y arrugas faciales. El Especialista también me ha dicho que el efecto terapéutico no es evidente hasta algunos meses después del tratamiento y que los mejores resultados se obtienen con la repetición del proceso.
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 Especialista 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 Especialista 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.

5. 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.

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.

NOMBRE DEL PACIENTE

NOMBRE DE LA ESPECIALISTA

FIRMA

FIRMA

FECHA