

Consentimiento informado

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad.

Yo, D./Dña.....,
DNI:.....como paciente N°:.....,

D./Dña.....DNI:.....
.....,como su representante),

DECLARO

Que el Doctor/a:

....., N°
Col.....

(Nombre y dos apellidos del facultativo que facilita la información)

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir tratamiento de Mesoterapia, Sueroterapia e Intraterapia.

- El objetivo de la técnica es ayudar a disminuir la celulitis, reducir el panículo adiposo, mejorar la circulación y el drenaje de la zona a tratar. Las técnicas cambian y depende del programa médico el orden y continuidad de una a otra; así como, indicación en cada caso en especial.

- El tratamiento consiste en inyectar en la piel pequeñas cantidades de sustancias homeopáticas en relación con el proceso que se desea tratar: vasodilatadores, lipolíticos, reafirmantes, etc., en el caso de la mesoterapia; suero fisiológico en el caso de la sueroterapia y principios activos médicos en el caso de la intraterapia.

- Se me ha entregado en el momento de la información verbal, información escrita de cada tratamiento donde se especifica laboratorios, principios activos y proceder del tratamiento(He sido correctamente informado de las características de este tratamiento, de la forma y pormenores de su realización, de su mecanismo de acción, de sus efectos inmediatos, de la evolución y precauciones que deberé adoptar y de la variabilidad en el tiempo necesario para dar por finalizado el tratamiento).

- Las zonas a tratar son:

.....
.....
.....

- Entiendo que, aunque el tratamiento seleccionado sea el más adecuado para mí y a pesar de su correcta realización, a veces pueden darse efectos no deseados, como hinchazón, enrojecimiento, escozor, algún tipo de reacción alérgica local o algún hematoma que desaparecen espontáneamente en varios días . Excepcionalmente puede aparecer infección en la zona, que se trataría adecuadamente.

Sé y acepto que circunstancias personales (enfermedades, hábitos y tratamientos que no he ocultado y que consta en mi historial clínico) pueden incrementar la incidencia de las complicaciones indicadas e incluso de otras .

- Me han informado de que, aunque este es el tratamiento más adecuado para mi, pueden existir otras alternativas que también me han sido comentadas. También conozco las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

- Me comprometo a seguir fielmente las indicaciones de mi médico, para que el tratamiento tenga los mejores resultados.

- He sido informado de la necesidad de que, si durante el tratamiento se produjese una punción accidental del personal sanitario con mi sangre, de acuerdo con la buena praxis médica, se realizasen las determinaciones analíticas pertinentes con mi sangre, en lo relativo a posibles patologías de transmisión hemática, para la adopción de las medidas profilácticas más adecuadas. Certificó que he comentado todos los antecedentes médicos conocidos por mi en el momento de toma de contacto médico-paciente.

- Reconozco y acepto que no se me pueden dar garantías o seguridad absoluta respecto de resultados del tratamiento, y manifiesto que mis preguntas en este sentido han sido contestadas satisfactoriamente. Asumo el riesgo de que, como consecuencia de un tratamiento correctamente realizado, puedo no sentirme satisfecho con la apreciación personal y subjetiva del resultado estético obtenido, algo que el médico no puede prever.

- He entendido claramente toda la información concerniente al tratamiento que se me ha facilitado. Los médicos que me han atendido me han permitido realizar todas las observaciones y me han aclarado todas las dudas que les he planteado.

Autorizo la utilización de las imágenes documentales iconográficas obtenidas con finalidades de divulgación científica, comunicaciones, congresos y reuniones científicas, publicaciones y programas de difusión, etc, siempre que se respete mi derecho a la intimidad.

Reconozco y acepto que el tratamiento propuesto no agota los recursos y podía ser que requiriese una actuación terapéutica posterior.

Sé que en cualquier momento previo al tratamiento puedo considerar mi consentimiento y anular este documento.

Sé que la firma de este documento no supone la renuncia al ejercicio de posibles reclamaciones futuras médico-legal.

Y en tales condiciones:

AUTORIZO AL/A LA DR/A.:

.....

A REALIZAR EN MI PERSONA UN TRATAMIENTO DE MESOTERAPIA / SUERO TERAPIA / INTRATERAPIA.

En....., a.....
de.....de.....

(Lugar y fecha)

Fdo: El/la Médico

Fdo: El paciente

Fdo: El representante legal

Nº Col.: Familiar o allegado

REVOCACIÓN:

D/dña

De años de edad, con domicilio en

D.N.I.:

Revoco el consentimiento prestado en fecha:

Y no deseo proseguir el tratamiento que hoy doy por finalizado en esta fecha.

Fdo. Dr.: Fdo. Paciente:

Nº col.: D.N.I.: