

Consentimiento Informado para tratamiento con MESOTERAPIA

Vd. tiene derecho de ser informado acerca del posible tratamiento para mejorar el estado de su piel, y decidir aceptar el mismo después de conocer los beneficios esperados y posibles riesgos que conlleve. Esta información no pretende asustarle; simplemente es una información ampliada para que libremente acepte o no el programa de tratamiento.

Don/Dña..... mayor de edad, con DNI nº.....teléfono.....historia clínica

MANIFIESTO: Que he sido informado/a por el **Dr. Carlos de la Torre Fraga, médico dermatólogo, en fecha...../...../.....**(y que me ha sido entregada copia de la información) sobre el tratamiento con mesoterapia, e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes), así como de las posibles alternativas a este procedimiento. He solicitado del Dr. Carlos de la Torre que pruebe a mejorar mis lesiones cutáneas dicha técnica.

El tratamiento de mesoterapia consiste en la inyección intradérmica de medicamentos a pequeñas dosis. La técnica consigue aumentar el efecto de los medicamentos administrados por lo que las posibilidades de producir efectos secundarios son muy reducidas aunque no se pueden descartar completamente.

El número de sesiones y la frecuencia de aplicación de las mismas es variable en función de la patología de tratar y de la idiosincrasia de cada paciente por lo que no puede ser determinado de antemano. Los resultados se obtienen con mayor efectividad si el tratamiento realizado se complementa con otros tratamientos que potenciarán sus efectos.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como enrojecimiento alrededor de los pinchazos que normalmente pueden tardar unas horas o pocos días en desaparecer. También pueden aparecer hematomas que suelen desaparecer en pocos días y sensación de incomodidad dependiendo de la zona a tratar y de la sensibilidad personal, así como de forma infrecuente algún tipo de reacción alérgica, así como infección, necrosis o granulomas.

La realización del tratamiento puede ser fotografiada con el fin de seguimiento o con fines científicos.

También me ha advertido que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, el padecimiento de enfermedades autoinmunes, o el uso de medicamentos que puedan modificar la coagulación sanguínea.

Otros riesgos o complicaciones teniendo en cuenta mis circunstancias personales son:

CONSIENTO: Al Dr. Carlos de la Torre a llevar a cabo el procedimiento referido. He leído y entendido toda la información que me ha sido presentada antes de firmar este consentimiento.

Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento

Firma del paciente o persona autorizada

Firma del facultativo