

Consentimiento Informado para tratamiento con implantes sintéticos de relleno

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, en fecha...../...../.....**(y que me ha sido entregada copia de la información) sobre el tratamiento con implantes sintéticos, 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 mediante implante de relleno.

El objetivo de dicha técnica es conseguir un relleno dérmico en el tratamiento de arrugas, cicatrices, deformidades del contorno de distintas áreas de la piel.

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

El médico me ha explicado que puede ser necesaria la administración de anestesia local o tópica de cuyos riesgos he sido informado.

El tratamiento consiste en inyectar en la piel una sustancia sintética para conseguir el relleno dérmico. **En mi caso a sustancia inyectada es:**

La duración del efecto conseguido es variable oscilando entre:

La sustancia inyectada si / no requiere pruebas de tolerancia previas

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como hinchazón, enrojecimiento, dolor, escozor, algún tipo de reacción alérgica, así como incluso semanas después infección, necrosis o granulomas. También pueden aparecer hematomas que suelen desaparecer en pocos días.

Se puede de ser necesario repetir el tratamiento o inyectar pequeñas dosis de retoque.

El médico me ha advertido que en labios el tratamiento puede reactivar un herpes simple recidivante.

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