

Consentimiento informado para tratamiento mediante peelings químicos

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.

D/Dña.....domicilo.....
.....DNI nº.....teléfono.....historia clínica

MANIFIESTO: Que he sido informado/a por el Dr. Carlos de la Torre Fraga, médico dermatólogo, en fecha...../...../.....del procedimiento de tratamiento mediante peeling químico, 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 sido informado que el tratamiento consiste en la aplicación de un agente químico aislado o en combinación con otros agentes químicos o procedimientos de tipo mecánico (microdermabrasión, lijado) que penetran en las capas superficiales de la piel procediendo a su eliminación y posterior reepitelización. He solicitado del Dr. Carlos de la Torre que pruebe a mejorar mis lesiones mediante peeling cutáneo.

La técnica está indicada en cicatrices superficiales, pigmentaciones, arrugas u otros procesos que afecten a la epidermis o dermis superficial. La técnica se realiza de forma ambulatoria y como norma no precisa de anestesia, aunque puede ser electivo utilizar una anestesia de tipo tópico (EMLA) o infiltración de cuyos riesgos me ha informado. Consiento que se tomen fotografías durante el curso de mi terapia con fines de educación clínica y para tener una información de cómo evolucionan los resultados.

He sido informado que para obtener los mejores resultados serán necesarios un número variable de tratamientos y en algunas patologías los resultados no pueden ser completos.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como enrojecimiento o picor de la piel, descamación visible, erupciones acneiformes o alteraciones de pigmentación. El médico me ha advertido que no debo exponerme a la exposición solar después de cada sesión y me han sido explicadas las recomendaciones y cuidados de la piel después del procedimiento.

Otros riesgos que pueden aparecer en mis circunstancias personales son:

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente

CONSIENTO: Al Dr De la Torre o a sus colaboradores a llevar a cabo el referido procedimiento. 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.

-Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona que autoriza (tutor legal o familiar)

Con DNI.....y teléfono.....en calidad de.....

Firma del paciente o persona autorizada

Firma del facultativo

Vigo a