

## Consentimiento informado para el tratamiento con implantes de ácido hialurónico

1. El objetivo de la técnica es conseguir un relleno dérmico en el tratamiento de arrugas, cicatrices, deformidades del contorno o aumento y disminución de los labios. La realización del tratamiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.
2. El médico me ha explicado que el procedimiento se realiza habitualmente con anestesia local en crema, utilizando como máximo 60 gr por los riesgos de intoxicación (metahemoglobinemia) por su absorción sistémica; o bien refrigerando la zona. Ello me puede producir enrojecimiento e irritación transitoria de la piel en la que se ha aplicado.
3. El tratamiento consiste en inyectar en la piel ácido hialurónico, que es un gel sintético no animal. La duración del efecto conseguido es variable, oscilando entre seis meses y dos años. Se puede repetir el tratamiento o inyectar pequeñas dosis para retoque, siempre que sea necesario, sin necesidad de intervalo.
4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como hinchazón local o en zonas adyacentes, enrojecimiento, dolor, escozor y pérdida de color en la zona de implantación que suelen desaparecer en el plazo aproximado de uno a dos días en el caso de inyección cutánea y en una semana en el caso de inyección labial; también pueden aparecer pequeños hematomas que suelen desaparecer espontáneamente en varios días. En casos excepcionales pueden producirse infecciones o granulomas. También en raras ocasiones pueden presentarse erupciones similares al acné, que aparecen poco tiempo después de la inyección o semanas más tarde y que suelen desaparecer espontáneamente a las pocas semanas.
5. El médico me ha advertido que el tratamiento de los labios puede reactivar un herpes simple recidivante.
6. También me ha advertido el médico que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, especialmente los anestésicos, el padecimiento de enfermedades autoinmunes y el uso de medicamentos que puedan interferir o modificar la coagulación sanguínea, por lo que debo comunicarle cualquiera de estos hechos, u otros que me parezcan de interés al dermatólogo que vaya a practicar el implante.
7. Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son:  
\_\_\_\_\_
8. 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. 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 las dudas 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 del procedimiento. 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 el procedimiento 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.

### CONSENTIMIENTO

D./Dña. \_\_\_\_\_, **como paciente**, o

D./Dña. \_\_\_\_\_, **como representante**

**legal**, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente DECLARO que he sido debidamente informado/a por el facultativo responsable y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO Y AUTORIZO** que se me realice tratamiento con implantes de ácido hialurónico.

Y para que así conste firmo el presente original, después de leído y por duplicado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente/Representante legal**  
**DNI:**

**Fdo.: Facultativo**  
**Nº Colegiado:**

### DENEGACIÓN/REVOCACIÓN (Táchese lo que NO proceda)

### CONSENTIMIENTO

D./Dña. \_\_\_\_\_,

**No autorizo** la realización de \_\_\_\_\_

**Revoco** el consentimiento prestado en fecha .0 0 .. /0 0 0 0 0 0 0 /0 0 0 0 . y no deseo proseguir el tratamiento, que doy en esta fecha por finalizado.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Fdo.: Paciente/Representante legal**  
**DNI:**

**Fdo.: Facultativo**  
**Nº Colegiado:**