

Consentimiento informado para el tratamiento mediante peeling químico superficial medio

DECLARO

Que el Doctor/a _____ me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir tratamiento mediante peeling químico superficial medio.

1.-El objetivo de la técnica es destruir las capas más superficiales de la piel. La realización del procedimiento puede ser filmada con fines científicos o didácticos.

2.-El tratamiento consiste en la destrucción de las capas más superficiales de la piel mediante la aplicación de un agente químico, lo que se obtiene produciendo una quemadura de I o II grado superficial y su consecuente reepitelización. Pueden utilizarse diversos agentes químicos como AHA, resorcina, solución de Jessner, ácido salicílico, ácido retinoico, y ácido tricloroacético al 20-35%, entre otros. La técnica está indicada en cicatrices superficiales, pigmentaciones, arrugas y cualquier proceso que afecte a la epidermis o demis superficial. El médico me ha explicado que para obtener mejores resultados puede ser conveniente la repetición del tratamiento.

3.-Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor, infecciones postoperatorias, erupciones acneiformes, hiper o hipopigmentación en la zona tratada. El médico me ha advertirlo, prohibiéndomelo expresamente, que no debo exponerme al sol después de cada sesión, así como el uso de protección solar diaria durante al menos un mes después de la intervención. Sé que la técnica puede realizarse de forma ambulatoria, para la que me ha dado recomendaciones previas. También me ha advertido que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, alteraciones de la coagulación enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicaciones actuales, antecedentes de herpes simple facial, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia. Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales (estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.) son:

4.-En mi caso particular, se ha considerado que éste 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 se me propone. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

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 mediante peeling químico superficial medio. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la administración.

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)

D./Dña. _____,

No autorizo la realización de _____

Revoco el consentimiento prestado en fecha .ō ō . /ō ō ō ō ō ō ō /ō ō ō ō . 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: