

	<b>DOCUMENTO INFORMATIVO Y CONFORMIDAD</b>
--	--

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA TRATAMIENTO DE FOTORREJUVENECIMIENTO CON LÁSER O IPL**

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15-11-02), le ofrecemos por escrito y de manera comprensible, información sobre **FOTORREJUVENECIMIENTO**. No obstante, dicha información le ha sido ya sucintamente facilitada de forma oral por el médico que suscribe, que asimismo y a requerimiento de Vd. ha ido contestando a todas las preguntas objeto de su interés y relacionadas con el tratamiento. El presente documento no es sino la transcripción gráfica de dicha información, a fin de facilitar su comprensión y motivar una autorización reflexiva y pausada.

Es importante que lea esta información de forma clara y completa. Por favor firme o ponga sus iniciales en cada página para indicar así que la ha leído y firme el documento de consentimiento para el procedimiento propuesto por su médico.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_  
Población \_\_\_\_\_  
Teléfonos \_\_\_\_\_

**DECLARO:**

Que por el presente documento REQUIERO Y AUTORIZO al Doctor/a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, licenciado/graduado en Medicina y \_\_\_\_\_  
con el número de colegiado \_\_\_\_\_ que indique en mi persona, el tratamiento conocido como **FOTORREJUVENECIMIENTO**, que será realizado por el personal auxiliar \_\_\_\_\_. Y se me explican como alternativas \_\_\_\_\_

CONOZCO y ACEPTO la capacitación del profesional para realizar este tratamiento.

Las sustancias y aparatos empleados han sido autorizados para su uso en medicina estética y ostenta la marca CE y número de registro sanitario correspondiente.

CONFIRMO que el tratamiento mencionado, me ha sido explicado a fondo, por el facultativo en palabras comprensibles para mí, los riesgos típicos que tiene, los efectos no deseados, los

riesgos característicos a mi persona, así como las molestias o, en ocasiones, dolores que puedo sentir teniendo un post-tratamiento normal. Se me han explicado, igualmente otras opciones existentes que están disponibles en el mercado, con pros y contras de cada una de ellas. Teniendo esto en cuenta he escogido el tratamiento anteriormente descrito.

También se me ha informado, en términos de probabilidades, de los resultados del procedimiento según referencias de la literatura científica contrastada y de la experiencia previa del profesional en la realización de estos procedimientos.

#### **BREVE EXPLICACION DEL TRATAMIENTO:**

El fotorrejuvenecimiento no ablativo con luz pulsada intensa constituye una alternativa terapéutica contrastada para el tratamiento de la piel fotoenvejecida. Se fundamenta en el uso de emisiones de luz policromática o no coherente (no láser), optimizado para el tratamiento no invasivo de múltiples lesiones cutáneas propias del fotoenvejecimiento, tales como lesiones pigmentadas epidérmicas y dérmicas superficiales, alteraciones vasculares como cuperosis (rojeces) o teleangiectasias (pequeños vasos dilatados), y otras alteraciones de la textura cutánea.

#### **Procedimiento**

El mecanismo de actuación de la Luz Pulsada es triple, al actuar tanto sobre los trastornos pigmentarios, como sobre las lesiones vasculares, como sobre la dermis superficial, con el objetivo de mejorar la textura y apariencia clínica, inducir remodelamiento del colágeno, y conseguir una piel más regular, luminosa y suave. A diferencia del fotorrejuvenecimiento ablativo, la epidermis no resulta vaporizada, por lo que la recuperación es rápida, y el número de efectos adversos y complicaciones recogidos en la literatura, es mínimo.

En función del proceso a tratar se requerirán un número variable de sesiones, normalmente en torno a cinco. El paciente debe evitar la exposición solar o a rayos ultravioletas, en las semanas previas al procedimiento, haciendo uso de una pantalla solar de índice de protección alto que garantice dicho condicionante. En caso de estar bajo tratamiento farmacológico, debe hacérselo saber por si pudiera existir algún tipo de contraindicación.

La sesión tiene una duración de 25-45 minutos aproximadamente, y tras la misma cabe esperar un discreto enrojecimiento, que no impedirá normalmente la reincorporación a su actividad laboral y social habitual.

Durante todo el procedimiento usaré las gafas de protección ocular suministradas por el técnico.

#### **Resultados**

Prácticamente la totalidad de los pacientes tratados, experimentan una mejoría global, el 90% de ellos, evidencian una mejoría notable o muy notable. En todos los síntomas tratados se observa un efecto beneficioso, constatándose la mejoría más relevante en los trastornos

vasculares y pigmentarios, como el eritema facial y flushing con una mejoría del 86%, telangiectasias con una mejoría del 85%, pigmentación irregular con una mejoría del 84%.

En cuanto a la apariencia y textura de la piel se observa asimismo una mejoría notable del 75%, con una reducción significativa del tamaño del poro del 49%. y en arrugas finas con una mejoría del 84%. En pacientes con rosácea inflamatoria concomitante, el 92% evidencia mejoría y en el 42% esta mejoría cabe clasificarla de extraordinaria.

### **Efectos secundarios y complicaciones**

No obstante, la gran variabilidad individual, se registran pocos efectos secundarios y complicaciones, y prácticamente todos ellos de carácter banal, por lo que podemos concluir que se trata de un procedimiento seguro aún en fototipos altos, además de cómodo por cursar sin baja laboral o social asociada al mismo. Entre los principales efectos secundarios y complicaciones se reseñan los siguientes:

- Trastornos transitorios de la coloración consistentes en ligero enrojecimiento del área tratada, que cede en pocas horas, u obscurecimiento de léntigos y pecas, incluso de las sólo visibles bajo lámpara de luz UV, seguido en ocasiones de descamación.
- Edema transitorio generalmente leve y limitado a las primeras 24 o 48 horas.
- Excepcionalmente pueden aparecer ampollas sobre todo en relación con zonas bronceadas, que suelen resolverse favorablemente.

### **RIESGOS INHERENTES AL PACIENTE Y A SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES:**

CONTRAINDICACIONES: embarazo, uso de medicación que incrementa la fotosensibilización, diabetes e historial de cicatrices queloides, reciente exposición al sol, intolerancia a la luz.

He sido correctamente informado, incluso por escrito (documentos de información) y/o mediante imágenes, de las características de este tratamiento: de sus fundamentos, de la forma y detalles de su realización, de sus mecanismos de acción, de sus efectos inmediatos, del proceso y evolución que seguiré en los siguientes días, semanas o meses, de los tratamientos complementarios necesarios, de las atenciones y precauciones que debo adoptar en las próximas horas o días, de la variabilidad en el tiempo necesario para el completo restablecimiento; aceptando, por lo tanto, que no se me puede asegurar la fecha en que podré reincorporarme a mis actividades habituales (afectivas, sociales, laborales y deportivas).

DOY FE de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

La Historia Clínica y el resultado de las pruebas que se han efectuado al paciente no desaconsejan practicar el procedimiento médico indicado, al no aparecer, a priori, riesgos que puedan ser determinantes del fracaso de la técnica objetivamente considerada y que pretende el cumplimiento de sus expectativas.

RECONOZCO que en el curso del tratamiento pueden surgir condiciones no previstas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y doy aquí mi expresa autorización

para el tratamiento de las mismas, incluyendo, traslado a centro hospitalario. En caso de complicaciones durante el tratamiento autorizo al Centro a solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

SE ME HA INFORMADO que el número de sesiones que es necesario para conseguir el efecto deseado se me ha comunicado de forma orientativa, siendo imposible de antemano conocer la cantidad exacta número de sesiones que son necesarias, por la diferente forma de absorción/reacción de cada paciente. La eficacia del resultado se aumentará notablemente con el uso de los productos tópicos recomendados.

He sido informado de la necesidad de que, si durante el tratamiento se produjese una punción accidental del personal sanitario con mi sangre, de acuerdo con la buena praxis médica, se realicen las determinaciones analíticas procedentes en mi sangre, en lo relativo a posibles patologías de transmisión hemática, para la adopción de las medidas profilácticas más adecuadas.

ME COMPROMETO a seguir fielmente, en lo mejor de mis posibilidades, las instrucciones del médico para antes, durante y después del tratamiento antes mencionado. Quedando bajo mi responsabilidad el cumplimiento de las medidas pos-tratamiento recomendadas por el Centro, así como acudir a las visitas de control indicadas por el médico.

COMPRENDO que el fin del tratamiento es mejorar mi apariencia existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda no ser el esperado por mí. En este sentido, se me informa que el resultado estético del tratamiento depende de factores como la facilidad de cicatrización, formación o no de queloides. Sé que la medicina no es una ciencia exacta y que nadie puede garantizar la perfección absoluta. Comprendo que el resultado pueda no ser el esperado por mí y reconozco que no se me ha dado, en absoluto, tal garantía.

El acto médico podría no agotarse en sí mismo y podría ser necesaria una actuación terapéutica posterior para lograr el objetivo por el que se está consintiendo.

El coste del tratamiento incluye diversos cargos por los servicios prestados. El total incluye los honorarios de su médico, el costo de los materiales, equipo o producto. Los cargos cobrados por este procedimiento no incluyen los costos futuros potenciales para los procedimientos adicionales que usted elija o requiera a fin de revisar, optimizar o completar su resultado. Puede haber costos adicionales en caso de que surjan complicaciones debido al tratamiento. Los cargos por tratamientos secundarios relacionados con las revisiones y que no hayan sido previamente pactados también serán su responsabilidad. Al firmar el consentimiento para este procedimiento, usted reconoce que ha sido informado acerca de sus riesgos y consecuencias y acepta la responsabilidad de las decisiones clínicas que se tomaron junto con los costos económicos de todos los tratamientos futuros.

AUTORIZO la obtención de fotografías y vídeos para una correcta valoración diagnóstica y para el control de la evaluación y de los resultados. Asimismo, autorizo a que se me practiquen fotografías de la zona intervenida que puedan ser utilizadas con fines científicos, docentes o médicos, quedando entendido que su uso no constituya ninguna violación a la intimidad o confidencialidad, a las que tengo derecho.

ME CONSTA que mis datos van a ser tratados de forma automatizada, lo cual autorizo habiéndome sido explicados mis derechos de conformidad con la vigente LOPD: derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la Ley, manifestándome que puedo dirigirme por escrito a la Clínica, sin perjuicio de lo que se dispone en el Art. 8 de la Ley sobre datos relativos a la salud. Con mi firma, doy mi consentimiento expreso para que mis datos de carácter personal puedan ser tratados por la CLÍNICA para procurar finalidades propias de la misma.

Sé que la firma y otorgamiento de este consentimiento no supone ningún tipo de renuncia a reclamaciones futuras tanto de orden médico como legal. Sé también que puedo desdecirme de la firma de este consentimiento en cualquier momento previo a la realización del tratamiento.

He podido aclarar todas mis dudas acerca de todo lo anteriormente expuesto y he entendido totalmente este DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO reafirmandome en todas y cada uno de sus puntos y con la firma del documento ratifico y consiento que el tratamiento se realice.

Fecha y lugar

**El médico**

**Firma del paciente**

**Representante legal**

Igualmente he sido informado, y me doy plenamente por enterado, de que el presente consentimiento podrá ser revocado por el abajo firmante en cualquier momento, así como que, en su caso, dicha revocación deberá hacerse por escrito, habiendo, además, recibido amplia información de las consecuencias de mi decisión.

**El médico**

**Firma del paciente**

**Representante legal**