

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

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INFILTRACIÓN DE HIALURONIDASA**

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 **INFILTRACIÓN DE HIALURONIDASA**. 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 licenciado en Medicina y Cirugía con el número de colegiado \_\_\_\_\_ que realice en mi persona, el tratamiento conocido como **INFILTRACIÓN DE HIALURONIDASA** por ser éste el escogido por mí frente a las alternativas \_\_\_\_\_

He sido correctamente informado, y los acepto, los riesgos comúnmente conocidos de la premedicación, la anestesia y/o el tratamiento que me han de realizar.

CONSIENTO, en caso de ser necesario, en la administración de anestesia local o tópica dada por o bajo la dirección del Dr/a \_\_\_\_\_

CONOZCO y ACEPTO la capacitación profesional del facultativo 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 objetivo de la técnica es inyectar una enzima llamada hialuronidasa con el fin de hacer desaparecer o corregir un relleno cutáneo de ácido hialurónico.

El ácido hialurónico cuenta con un antídoto conocido como hialuronidasa, que puede ser usado en caso de presentarse diversos efectos adversos. La hialuronidasa es un medicamento que en España se obtiene por fórmula magistral.

Se puede repetir el tratamiento o inyectar pequeñas dosis para retoque, siempre que sea necesario, con intervalo a criterio médico. Se me ha informado de que la hialuronidasa es antigénica: la administración repetida de dosis elevadas de esta enzima resulta en la producción de anticuerpos inactivantes.

Con el fin de conseguir el mejor resultado posible, la infiltración de hialuronidasa va seguida de un suave masaje e incluso puede acompañarse de un drenaje linfático manual en la zona tratada.

La zona a tratar es \_\_\_\_\_

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos no deseados, como hinchazón, enrojecimiento, dolor, escozor en el lugar de la inoculación; también pueden aparecer hematomas que desaparecen espontáneamente tras varios días. Estas complicaciones, en caso de presentarse, no presentan riesgo vital alguno y son transitorias y reversibles. En algunos casos, se han notificado reacciones alérgicas después de una o más inyecciones. Sé que puede producir alergias más frecuentemente en personas alérgicas a la picadura de abeja.

En mi caso particular se me ha advertido sobre \_\_\_\_\_

**CONTRAINDICACIONES:** Alergia conocida a la hialuronidasa, enfermedades graves o descompensadas, determinadas enfermedades autoinmunes (el médico descartará cuales: esclerodermia, etc.) o con terapia inmunológica, toma de inmunosupresores, infección activa en la zona, diabetes descompensada, antecedentes de cicatrización anómala, implantes permanentes previos en la zona, gestación, lactancia y menores de 18 años.

He sido correctamente informado, incluso por escrito (documentos de información) 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 o de las descritas que hagan necesario un cambio de lo anteriormente planeado y doy aquí mi expresa autorización para el tratamiento de las mismas, incluyendo, la inyección de hialuronidasa urgente sin test de alergia previo y el 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.

Los resultados pueden ser mejorados si el tratamiento realizado se complementa con otros tratamientos que potenciarán sus efectos (como toxina botulínica, peelings y otros).

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.

Se me ha explicado que no se conoce con precisión si el contacto con el virus SARS-CoV-2 o la vacunación para prevenir esta infección puede tener algún impacto en el tratamiento ya sea de forma inmediata o de forma más tardía.

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 costo 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.

*El paciente reconoce que se le ha informado expresamente que los resultados, efectos adversos y complicaciones del tratamiento estético que se le va a realizar podría complicarse si el paciente desarrollase la infección por COVID-19; por ello se le ha recomendado que tras el tratamiento evite el contacto con personas que padezcan o puedan padecer la enfermedad por este virus. Así mismo se le ha informado que la administración de vacunas, incluyendo las desarrolladas frente a COVID-19, pueden por su acción inmunológica alterar el curso previsto para el tratamiento que va a realizarse.*

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**