

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

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA TRATAMIENTO DE PEELING QUÍMICO**

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 **PEELING QUÍMICO MÉDICO**. 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 realice en mi persona, el tratamiento  
conocido como **PEELING MÉDICO**, por ser éste el escogido por mí frente a las alternativas  
\_\_\_\_\_

En este caso el peeling se realizará con \_\_\_\_\_

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

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

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 peeling químico es un procedimiento que se realiza desde hace muchos años para tratar diversas alteraciones de la piel. Su finalidad es la reparación y regeneración de la piel, mediante la eliminación de las capas cutáneas desde la superficie a la profundidad, en función del tipo de peeling elegido. Condiciones como daño por exposición solar, arrugas, marcas de acné, estrías y pigmentación irregular pueden ser tratadas con estas técnicas no invasivas. Existen diferentes técnicas para la aplicación de peeling químico y medicaciones de tratamiento cutáneo.

Las formas de tratamiento alternativo incluyen el no tratar la piel con agentes de peeling químico u otras medicaciones. La mejoría en las lesiones cutáneas y arrugas puede conseguirse por medio de otros tratamientos como la dermoabrasión, tratamiento con láser, o cirugía para estirar la piel flácida. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas a las formas alternativas de tratamiento.

El tratamiento del peeling químico consiste en la aplicación de un producto químico (normalmente un ácido) sobre la piel previamente preparada. La duración del tratamiento varía según el tipo de peeling pero oscila entre 10 y 30 minutos. En los días posteriores al tratamiento la piel aparece reseca, incluso pueden aparecer pequeñas costras según la profundidad del peeling, y posteriormente se produce una descamación cuya intensidad también variara dependiendo del tipo de peeling y de piel. Finalmente la piel es regenerada.

ACEPTO que puedan ocurrir los RIESGOS Y COMPLICACIONES descritos por la ciencia médica como inherentes a este tratamiento. Entre otros los principales riesgos que me han sido explicados son los siguientes:

- Riesgo y complicaciones comunes a cualquier tratamiento estético, entre otras reacciones alérgicas a la sustancia empleada, edemas o inflamación que remitirán generalmente en poco tiempo sin necesidad de ser tratados.
- Riesgos y complicaciones específicos de este tratamiento que me han sido explicados y que asumo y acepto. Especialmente:

- Infección. La infección es infrecuente, pero pueden ocurrir infecciones bacterianas o víricas. Si usted tiene antecedentes de infecciones por Herpes simplex virus alrededor de la boca, es posible que una infección pueda recurrir después de un peeling químico. Deben prescribirse medicaciones específicas antes del peeling con la intención de evitar una infección por este virus. Si ocurre cualquier tipo de infección de la piel puede ser necesario tratamiento adicional, incluyendo antibióticos.
- Cicatrización. Aunque se espera una buena curación después del procedimiento, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. En casos raros pueden resultar cicatrices queloides. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.
- Cambio de color. Los agentes de peeling químico pueden aclarar de forma permanente el color natural de la piel. Existe la posibilidad de variaciones irregulares de color en la piel, con áreas que pueden ser más claras o más oscuras. Se han descrito oscurecimientos permanentes de la piel después de peelings químicos. Puede darse una línea de demarcación entre la piel normal y la piel tratada con peeling. Un enrojecimiento después de un peeling puede persistir por un periodo de tiempo inaceptablemente largo.
- Resultado pobre. Existe la posibilidad de un pobre resultado con estos procedimientos. Los peelings y tratamientos cutáneos pueden llevar a deformidades visibles inaceptables, costras en la piel, pérdida de función, y cambios permanentes en el color de la piel. Usted puede estar en desacuerdo con los resultados finales del peeling químico o de otros tratamientos de la piel.
- Recurrencia de las lesiones cutáneas. Las lesiones de la piel pueden volver a aparecer en algunas situaciones después de un peeling o tratamiento cutáneo. Puede necesitarse tratamiento adicional o cirugía secundaria.
- Cáncer o enfermedades de la piel. Los peelings y tratamientos de la piel no ofrecen protección contra el desarrollo del cáncer de piel u otras enfermedades en un futuro.
- Reacciones alérgicas. En casos raros se han descrito reacciones alérgicas a medicaciones y agentes usados en el peeling químico o tratamientos cutáneos. En casos raros se han visto alergias locales al esparadrapo, conservantes usados en cosméticos o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden ocurrir por medicaciones utilizadas durante el procedimiento o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- Quemaduras solares. Ciertos tipos de agentes de peeling químico pueden favorecer de forma permanente las quemaduras cutáneas por sol. La piel después de un peeling químico puede perder la habilidad normal para teñirse (oscurecerse) cuando se expone a la luz solar.
- Ausencia de resultados permanentes. El peeling químico u otros tratamientos de la piel pueden no mejorar o prevenir completamente las futuras arrugas de

la piel. Ninguna técnica puede revertir los signos de envejecimiento de la piel. Pueden necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales para estirar posteriormente una piel flácida. Puede ser necesario que usted continúe con un programa de mantenimiento de la piel después de un procedimiento de peeling químico.

- Retraso en la curación. La curación puede tardar un tiempo más largo que el anticipado después de un peeling u otro tratamiento de la piel. La curación de la piel puede resultar en una piel fina y fácilmente lesionable, lo que es diferente del normal enrojecimiento de la piel después de un peeling.
- Problemas cardiacos. Se ha descrito que algunos agentes de peeling químico pueden producir ritmos cardiacos anormales que pueden requerir tratamiento médico si ocurren durante el procedimiento. Este es un problema potencialmente serio.

Riesgos desconocidos. Existe la posibilidad de que sean descubiertos factores de riesgo adicionales en el peeling químico y tratamientos de la piel.

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 de producto que es necesario para conseguir el efecto deseado se me ha comunicado de forma orientativa, siendo imposible de antemano conocer la cantidad exacta del número de sesiones que son necesarias, por la diferente forma de absorción/reacción de cada paciente. Los resultados se obtienen con mayor efectividad si el tratamiento realizado se complementa con otros tratamientos que potenciarán sus efectos.

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 tratada 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**