

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

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
PARA TRATAMIENTO CON ULTRASONIDOS DE ALTA INTENSIDAD (HIFU)**

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 **ULTRASONIDO ALTA INTENSIDAD (HIFU)**. 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 **ULTRASONIDO ALTA INTENSIDAD (HIFU)** por ser éste el escogido por mí frente a las alternativas \_\_\_\_\_

En este caso el equipo es \_\_\_\_\_®

**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:**

Consiste en la aplicación sobre la piel de la zona a tratar de un ultrasonido focalizado de alta intensidad, que atraviesa la piel sin dañarla, pero que acumula alta energía en micro puntos a una profundidad pre-definida de hasta 13-20 mm, provocando una micro-ablación del tejido por aumento de la temperatura entre 65-70º, lo cual provoca varios efectos:

- Reducción de la grasa subdérmica de papada y cara.
- Regeneración del tejido que se manifiesta por una mejora de la flacidez cutánea. Dicho efecto se inicia a partir del mes, y suele durar un año.
- Destrucción parcial de las glándulas sudoríparas.

#### **¿Para qué están indicados los HIFU?**

- Flacidez de cara y cuello.
- Grasa localizada en papada.
- Hiperhidrosis axilar.

#### **Contraindicaciones:**

- Portadores de marcapasos o prótesis metálicas.
- Zonas afectas de dermatosis, tatuajes, neoplasias o infecciones.
- Pacientes inmunodeprimidos descompensados, embarazo o con alto riesgo de queloides.
- Pacientes con herpes simple recidivante en el área a tratar salvo tratamiento preventivo.
- Embarazo y lactancia, epilepsia, trastornos de la coagulación o heridas abiertas.

#### **¿Cómo se hace el HIFU?**

Se aplican mediante un cabezal en líneas de micro-puntos, aunque puede resultar un poco molesto (sensación de calor) se realiza sin ningún tipo de anestesia.

Es compatible con cualquier otra técnica médica-estética.

Habitualmente suele realizarse el tratamiento una vez al año, si bien y dependiendo del grado de flacidez y la respuesta biológica de cada persona puede ser necesario realizar dos.

#### **¿Qué cuidados requiere el láser ablativo?**

Inmediatamente después del tratamiento la piel puede estar un poco enrojecida e inflamada efecto que desaparece en pocas horas. También puede notarse una sensación de hormigueo o alteración de la sensibilidad leve que puede durar algunas semanas.

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 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 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**