



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA BIOESTIMULACIÓN DÉRMICA (MESOTERAPIA)

D./Dña.:de.....años de edad.
(Nombre y dos apellidos)
con domicilio en
y D.N.I.nº.....en calidad
de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Autorizo al Dr./ay a su equipo a intervenirme según hemos acordado verbalmente y por escrito. **Reconozco y comprendo el proceso al cuál voy a ser sometido/a**, tanto en su diagnóstico, pronóstico y tratamientos que el doctor y su equipo consideren oportunos.
Reconozco que una vez leídos los siguientes puntos, incluyendo las complicaciones inherentes a este procedimiento, acepto llevar a cabo el tratamiento, **consciente de los riesgos y beneficios** de dicho procedimiento.
He sido correctamente informado de los métodos alternativos de tratamiento para mi caso, pero opto, consciente y libremente por un/ una: *BIOESTIMULACIÓN DÉRMICA (MESOTERAPIA)*
Considero este tratamiento necesario para mí, ya que siento preocupación por mi problema y creo que esta es la mejor manera de resolverlo de todas las que me han explicado.

Reconozco y acepto que en cirugía y medicina estética (y este procedimiento lo es) **no se pueden dar garantías ni seguridad absolutas en cuanto al resultado de los procedimientos ni salud del paciente**, ya que en estos intervienen, a lo largo del trans y del postoperatorio, factores y variables independientes de la técnica, el material y los instrumentos utilizados.

Autorizo la obtención de documentación icnográfica sobre mi caso, que sirva para una correcta valoración diagnóstica, terapéutica y de resultados. Esta información puede ser utilizada para fines de difusión científica y académica, así como para evaluación de resultados.

Fecha.

Firma Dr.:

Firma paciente:

MESOTERAPIA BIOESTIMULACIÓN.

La bioestimulación dérmica consiste en favorecer la mejoría de calidad de piel mediante varios mecanismos, a través de la utilización de sustancias sintéticas como ácido hialurónico, vitaminas, oligoelementos o toxina botulínica.

La administración de estas sustancias estimula la síntesis de colágeno a nivel de la dermis, produciendo una mejoría estructural, creando un efecto rejuvenecedor en la piel.

Es importante conocer que el tratamiento refuerza una serie de procesos fisiológicos de la piel, por lo cual debe realizarse de forma periódica dependiendo del material a utilizar.

Su médico hará un esquema enfocado a su caso.



Como cualquier tratamiento en el cual se administren medicamentos o fármacos, existe la posibilidad (aunque es poco frecuente) de:

Rechazo de material, extrusión, infección, reacciones alérgicas y necrosis superficial; en cuyo caso pueda necesitar tratamientos adicionales en vías de la curación o mejoría del cuadro clínico.

Declaro:

Que he comprendido la información recibida en un lenguaje claro y sencillo y he podido formular todas las preguntas que he considerado oportunas.

Que el tratamiento descrito es una de las indicaciones establecidas en medicina y cirugía facial para la solución de mi problema no existiendo contraindicación para su realización; siendo consciente de que no existen garantías absolutas de que el resultado del tratamiento sea el más satisfactorio, existiendo la posibilidad de fracaso.

Que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento.

Que se me ha ofrecido una copia de este documento.

Por ello manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

CONSIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO de BIOESTIMULACIÓN DÉRMICA (MESOTERAPIA)

así como las maniobras u operaciones que sean necesarias durante la intervención quirúrgica

Ena.....de.....

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado