



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TERAPIA DE BIOESTIMULACIÓN CON FACTORES DE CRECIMIENTO ENDÓGENOS - PLASMA RICO EN PLAQUETAS

D./Dña.:de.....años de edad.

(Nombre y dos apellidos)

con domicilio eny

..... D.N.I.nº.....en calidad

de.....

(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

Autorizo al Dr./a ...ALBERTO CANDAU ALVAREZ...y 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 FACIAL CON PRP Y FACTORES DE CRECIMIENTO AUTÓLOGOS**

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.

ACEPTO la capacitación profesional del facultativo para la realización del tratamiento propuesto.

Fecha.

Firma Dr.:

Firma paciente:



BIOESTIMULACIÓN FACIAL CON PRP Y FACTORES DE CRECIMIENTO AUTÓLOGOS

BREVE EXPLICACION DE LA INTERVENCIÓN:

Es una técnica ambulatoria basada en la aplicación intradérmica de Plasma Rico en Plaquetas -que se obtiene a partir de una pequeña muestra de sangre del paciente- para activar de forma natural las funciones del fibroblasto, la célula encargada de determinar la estructura y la calidad de la piel. Sé que el tratamiento consiste en realizar microinyecciones intradérmicas con mi plasma, a modo de autoinjerto, acondicionado para que sea rico en plaquetas y factores de crecimiento plaquetarios.

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 y meses, de las curas que serán necesarias practicar, de los tratamientos complementarios necesarios, de las atenciones y precauciones que debo adoptar en las próximas semanas y meses y 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).

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.

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 la administración de sedación y/o anestesia dada por o bajo la dirección del cirujano o anestesista por él seleccionados y a usar dicha anestesia, tanto local como general, como convenga.

También he sido 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.

COMPRENDO que el fin de la operación es mejorar mi apariencia existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista y que el resultado pueda no ser el esperado por mí. 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.



RIESGOS GENERALES:

ACEPTO que puedan ocurrir los RIESGOS Y COMPLICACIONES descritos por la ciencia médica como inherentes a este tratamiento.

Sé que pueden aparecer complicaciones como: hemorragias, equimosis y hematomas, e infecciones.

Asumo que como consecuencia del tratamiento pudiera sufrir un perjuicio estético en lugar de una mejoría.

Riesgo y complicaciones comunes a cualquier tratamiento estético, entre otros reacciones alérgicas a la sustancia empleada o a la anestesia (por lo general leves, que remiten bajo el tratamiento adecuado ó incluso sin tratamiento), hematomas, edemas o inflamación que remitirán generalmente en poco tiempo sin necesidad de ser tratados.

Riesgos y complicaciones achacables al procedimiento anestésico.

Riesgos y complicaciones específicos de esta intervención que me han sido explicados y que asumo y acepto.

RIESGOS INHERENTES AL PACIENTE Y A SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES:

Además de los anteriores, las circunstancias personales que no se han ocultado y que constan en la Historia Clínica (enfermedades, hábitos adquiridos o tratamientos previos del paciente) pueden aumentar la incidencia de aparición de los riesgos indicados.

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 de la intervención 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 además procedimientos como biopsias, radiografías, transfusiones de sangre, traslado a centro hospitalario etc. En caso de complicaciones durante la intervención autorizó al Centro a solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional.



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.

Sé y acepto que la bioestimulación con factores de crecimiento autólogos es propiamente un tratamiento reconstitutivo complementario a otros en patología estética cutánea, con los que inexcusablemente debe asociarse.

Reconozco y acepto que el tratamiento propuesto no agota los recursos, y podría ser que requiriese una actuación terapéutica posterior.

ME COMPROMETO a seguir fielmente, en lo mejor de mis posibilidades, las instrucciones del médico para antes, durante y después de la intervención antes mencionada. Quedando bajo mi responsabilidad el cumplimiento de las medidas postoperatorias recomendadas por el Centro.

Asimismo, como problemas propios de la medicina estética, puede que los resultados no sean los deseados y esperados, tanto por el paciente como por el facultativo. La Historia Clínica del paciente y los resultados de las pruebas efectuadas no desaconsejan el procedimiento propuesto ni aparecen riesgos que puedan ser determinantes del fracaso del procedimiento objetivamente considerado y que pretende la obtención de una mejoría en el aspecto del paciente.

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.

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 CLINICA para procurar finalidades propias de la misma.



Se me ha informado, igualmente, de mi derecho a rechazar la intervención o revocar este consentimiento.

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 EN TODAS LAS PÁGINAS Y POR DUPLICADO ratifico y consiento que el tratamiento se realice.

CONSIENTO

QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO DE BIOESTIMULACIÓN FACIAL CON PRP Y FACTORES DE CRECIMIENTO AUTÓLOGOS

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