

Modelo ejemplo de consentimiento informado para el tratamiento con láser azul milesman Blauman

El láser azul milesman Blauman se utiliza para tratar eficazmente las lesiones benignas de la piel, tanto las pigmentadas como las vasculares, en una sola sesión en la mayoría de los casos y siempre tras haber sido valoradas y aprobadas a través de la plataforma dermatológica Bluederma.

Su capacidad para emitir luz en una longitud de onda específica permite enfocarse exclusivamente en los cromóforos de la piel, protegiendo los tejidos circundantes de posibles daños.

Además, su naturaleza no invasiva garantiza una recuperación rápida y cómoda.

PRESTACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo,

Nombre y apellidos:

DNI:

Fecha de nacimiento: / /

Teléfono de contacto:

Por la presente, autorizo al centro y a su personal especializado a llevar a cabo en mi persona los tratamientos descritos.

Declaro que he sido debidamente informado/a sobre la naturaleza, los objetivos, los riesgos y las alternativas al tratamiento que solicito.

Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades respecto a los resultados que se esperan, y que he recibido la información tanto verbal como escrita en términos comprensibles para mí.

Por tanto:

1. Comprendo que el propósito de la técnica es el tratamiento para atenuar o eliminar por motivos estéticos una o varias lesiones benignas, que previamente han sido evaluadas y aprobadas por un dermatólogo a través de la plataforma Bluederma.
2. Entiendo que el tratamiento consiste en la aplicación de un láser azul de 450nm que permitirá la eliminación o atenuación de estas lesiones benignas.
3. He sido informado correctamente acerca de la naturaleza del procedimiento y de la posibilidad de que, en algunos casos, sea necesario realizar más de una sesión debido a circunstancias personales.
4. Reconozco que, a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos adversos en la piel como parte del tratamiento. Estos efectos adversos pueden incluir:
 - Cambios en la pigmentación: Pueden surgir tanto hipopigmentación (aclaramiento de la piel) como hiperpigmentación (oscurcimiento) en la zona tratada.
 - Alteraciones cutáneas: La piel tratada puede desarrollar costras que generalmente se desprenden por sí solas en el transcurso de unas semanas, así como pequeñas ampollas, hematomas, enrojecimiento e hinchazón
 - Cicatrices abultadas (queloides): Existe la posibilidad de producir cicatrices en la piel, incluyendo cicatrices abultadas (queloides) que dependen de la tendencia personal o familiar, por lo que su aparición puede ser impredecible.
 - Otros Efectos Adversos: Dolor, infección, escozor, quemaduras, erupciones acneiformes.

5. Me comprometo a NO exponer en ningún caso la zona tratada al sol durante los 30 días siguientes al tratamiento y a utilizar protección solar alta diariamente durante al menos 2 meses.
6. Se me ha mostrado un informe médico independiente que indica que las lesiones son benignas y que la única razón para atenuarlas o eliminarlas es estética.
7. Entiendo la importancia de proteger mis ojos durante el tratamiento y acepto llevar las gafas de protección proporcionadas durante todo el procedimiento, hasta que se me indique que puedo retirarlas.
8. Confirmo que he proporcionado respuestas veraces a todas las preguntas en mi historial, siendo consciente de que información incorrecta puede llevar a reacciones adversas como las descritas en este documento.

Además, he informado sobre los tratamientos a los que he sido sometido en los últimos seis meses y he sido claro en cuanto a la exposición solar de mi piel en las últimas semanas.

9. Manifiesto que no he omitido ninguna información durante el cuestionario realizado al comienzo de la sesión y me comprometo a informar de cualquier cambio en mi salud o tratamientos realizados que puedan ocurrir después de la firma de este consentimiento.
10. He sido informado y me comprometo a cumplir en su totalidad el documento que se me ha entregado junto con el presente consentimiento, en el que se incluyen las "Indicaciones importantes antes y después de un tratamiento con Láser Blauman", ya que el incumplimiento aumenta el riesgo de reacciones adversas.
11. Autorizo que se realicen fotografías de las zonas tratadas antes de comenzar el tratamiento y una vez finalizado el mismo. Acepto que dichas fotografías puedan ser utilizadas con fines educativos, investigación médica, docente o difusión comercial, sin revelar mi identidad.
12. Entiendo que el profesional no se responsabilizará de posibles reacciones adversas que resulten del incumplimiento de las instrucciones citadas.
13. Confirmo que he leído y comprendo perfectamente los términos de este consentimiento, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que estas han sido contestadas de manera completa y satisfactoria.

Declaro que fui yo quien solicitó el tratamiento y que he leído toda la información, entendiendo y aceptando su contenido. También he sido informado de la posibilidad de revocar por escrito y en cualquier momento este consentimiento.

CLIENTE: Nombre y Apellidos:

Lugar y fecha del consentimiento:

Firma:

TUTOR LEGAL (si aplica): Nombre y Apellidos:

DNI:

Lugar y fecha del consentimiento:

Firma:

FIRMA CENTRO:

Importante: En este apartado se deberá incluir la normativa vigente de protección de datos aplicable en su centro. El contenido de este documento tiene carácter meramente ilustrativo y sirve únicamente como ejemplo; cada centro es responsable de elaborar y adaptar su propio texto conforme a la legislación correspondiente y a sus procedimientos internos.