

CONSENTIMIENTO INFORMADO HILOS TENSORES

Dr Joel Joshi Otero
Nº Colegiado: 284619581

Paciente:

Fecha:

Este es un documento de consentimiento informado, que ha sido preparado para ayudar a su Dermatólogo a informarle sobre el tratamiento de hilos tensores, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal como establece la Ley General de Sanidad publicada en el BOE del 29-4-86 -nº 102, apto. 6 del artículo 10, que dice textualmente: "...siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención...". Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para la cirugía propuesta por su dermatólogo.

INTRODUCCIÓN

Soy consciente que la práctica de Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que no se me han dado garantías en cuanto a los resultados de la intervención, la permanencia de los resultados o mi satisfacción por éstos.

1. Todas las incisiones se curan con el tejido de cicatriz. Estas líneas de incisión pueden ser visibles en el período postoperatorio. Se perseguirá hacerlas de tal manera que queden lo más discretas posibles.
2. Puede haber decoloración e inflamación en la zona tratada que puede persistir durante varios días o más tiempo.
3. Puede sentir dolor, tirantez e incomodidad después del procedimiento, en la cara, cuello o en la zona de la oreja, aunque por lo general es suave y se resuelven en varias semanas después de la realización de la técnica.
4. Puede presentar hematomas durante varios días que pueden persistir durante semanas.
5. Puede aparecer entumecimiento, hipersensibilidad, nódulos palpables sobre la zona tratada, que puede persistir durante un período indefinido de tiempo.
6. La infección puede ocurrir como en cualquier intervención. Esto puede prolongar la curación y retrasar la cicatrización. Se pueden presentar resultados alérgicos y/o desfavorables de una de las sustancias usadas en el procedimiento.
7. El proceso de envejecimiento continúa en los próximos años, formándole caída de piel y arrugas.
8. Además de las mencionadas hay otras complicaciones posibles en esta operación. Sin embargo, no es posible informarle de cada complicación concebible. La práctica de Medicina y Cirugía no es una ciencia exacta y, por tanto, un resultado exacto no puede ser predicho. No se puede dar ninguna garantía de resultados específicos.
11. Reconozco que durante el curso de la intervención puede haber imprevistos y pueden requerir procedimientos adicionales o diferentes a los mencionados.

Por lo tanto, autorizo y solicito que el dermatólogo mencionado, sus ayudantes o colaboradores realicen tales procedimientos como son, en su juicio personal, necesario y considerado.

RENUNCIA

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento. El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente debe satisfacer las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias. Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su Dermatólogo puede proporcionarle

información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico. Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado basándose en todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

**ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACION ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO.
CONSENTIMIENTO HILOS TENSORES.**

1. Por la presente autorizo al Dr. Joel Joshi Otero y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el siguiente procedimiento citado.
2. Soy consciente de que durante el curso de la operación y el tratamiento médico, pueden darse situaciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo al dermatólogo citado y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier situación que requiera tratamiento y que no fuera conocida por el cirujano en el momento de iniciar el procedimiento.
3. 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.
4. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido
5. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación del procedimiento que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.
6. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en la sala.
7. ME HA SIDO EXPLICADO DE FORMA COMPRENSIBLE:
 - a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR.
 - b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O METODOS DE TRATAMIENTO.
 - c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO.
8. He sido informada de mis riesgos personalizados:

CONSIENTO

DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA.

ESTOY SATISFECHO/A CON LA EXPLICACION.

Doy consentimiento para publicación de fotografía médica sin mención de ningún tipo de datos personales

Si () No ()

Dr. Joel Joshi Otero

EL/LA PACIENTE, DNI

En Burgos, a de.....de

REPRESENTANTE LEGAL

Yo, Don/Doña en calidad de..... del paciente he leído la hoja de información que me ha entregado el Doctor Joel Joshi Otero. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. En mi presencia se ha dado al paciente toda la información pertinente adaptada a su nivel de entendimiento y está de acuerdo en someterse a este tratamiento/procedimiento. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento / procedimiento.

Y en tales condiciones CONSIENTO que se realice al paciente la infiltración de hilos tensores.

En Burgos, a de.....de

REVOCACIÓN

Dr/Dra.

EL/LA REPRESENTANTE

REVOCACION DE CONSENTIMIENTO

Yo, Dn/Doña REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a la infiltración de hilos tensores.

En Burgos, a de.....de

Dr/Dra.

EL / LA PACIENTE

Conforme al Reglamento (UE) 2016 / 679 (RGPD) le informamos que los datos personales y de salud facilitados serán responsabilidad la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), con la finalidad de gestionar la relación contractual con nuestros clientes y asociados a la atención y gestión sanitaria, investigación, docencia y seguimiento asistencial, todo ello bajo la legitimación otorgada por su consentimiento expreso o bien del propio interesado y/o con motivo de la ejecución de un contrato de servicios. No se cederán datos a terceros salvo obligaciones legales. En cuanto a sus derechos podrá acceder, rectificar y suprimir los datos, limitarlos o incluso oponerse a su tratamiento. Más información sobre protección de datos en: <https://aedv.es/politica-de-privacidad/>