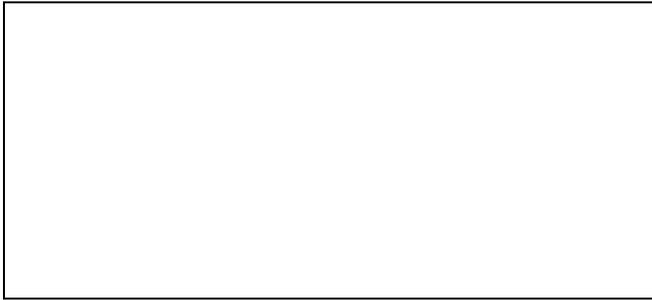


**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE RELLENOS OCULOFACIALES<sup>1</sup>**



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

**DECLARO:**

Que el/la Doctor/a D./Dña:.....me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento con RELLENOS OCULOFACIALES.

**1.-** Estos tratamientos están indicados para corregir, atenuar o eliminar: arrugas, pliegues, surcos, cicatrices, atrofas, cicatrices post-acné, depresiones de distinto origen, creación de volúmenes, aumento, remodelado y perfilado de labios.

Según su duración distinguiremos dos grupos:

**TEMPORALES:** En este grupo se engloba el Acido Hialurónico que es el relleno más utilizado hoy en día en la Medicina Estética, así mismo existen otros rellenos con partículas activas que estimulan la regeneración del tejido dérmico, y mezclas de ambos. En cada caso el médico responsable me explicará cuales el producto adecuado para mi caso. La duración depende del producto utilizado y de cada persona, pero oscila entre 6, 12 y hasta 18 meses.

**DURADERO:** según los laboratorios fabricantes su duración es indefinida, ya que no son reabsorbibles, sin embargo hay que tener en cuenta que el proceso de envejecimiento continua, lo que hará que en un período de tiempo más o menos largo sea necesario hacer retoques.

**2.- RIESGOS/ COMPLICACIONES**

CONFIRMO que el tratamiento mencionado, me ha sido explicado a fondo, por un médico en palabras comprensibles para mí, los riesgos típicos que tiene, los efectos no deseados, los riesgos característicos a mi persona, así como las molestias que pueda sentir. 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.

**ACEPTO** que puedan ocurrir los **RIESGOS Y COMPLICACIONES** descritos por la ciencia médica como inherentes a este tratamiento. Entre otros los principales inconvenientes que me han sido explicados son los siguientes:

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

- Riesgos y complicaciones de este tratamiento que me han sido explicados y que asumo y acepto. Especialmente: efectos secundarios: hematomas, enrojecimiento local, induración local transitoria, formación de granuloma a cuerpo extraño (si recurrimos a productos duraderos y/o definitivos).

**CONTRAINDICACIONES:** embarazo, lactancia, herpes local recidivante, coagulopatías, enfermedades del colágeno, infección local activa, alergias al producto.

**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.

**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. 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.

<sup>1</sup> Ley General de Sanidad Art. 10

**SE ME HA INFORMADO** que el número de sesiones y/o cantidad de producto que es necesario para conseguir el efecto deseado se me ha comunicado de forma orientativa, siendo imposible de antemano conocer la cantidad exacta de producto ó número de sesiones que son necesarias, por la diferente forma de absorción/reacción de cada paciente.

**ME COMPROMETO** a seguir fielmente, en lo mejor de mis posibilidades, las instrucciones del médico para antes, durante y después del tratamiento antes mencionado. Con relación al pretratamiento, me han comunicado las siguientes recomendaciones: no tomar AAS (aspirina) días antes del tratamiento.

Así mismo se me ha informado que puedo requerir ANESTESIA LOCAL. El propósito principal de la anestesia es, mediante una inyección, interrumpir transitoriamente la función sensitiva con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me han informado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente va a desaparecer espontáneamente en dos o tres horas.

También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, dependiendo del lugar en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa, dolor, hematoma y, en algunas ocasiones bajada de tensión y sensación de mareo.

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.

También me ha indicado la necesidad de advertir de mis posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o de cualquier otra circunstancia.

Por mi situación vital actual (diabetes, obesidad, hipertensión, anemia, edad avanzada) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos y complicaciones como .....

Por las características propias de mi proceso, estado oftalmológico previo y las relacionadas con mi calidad de piel, tiempo de evolución, causa del proceso u otras enfermedades o cirugías previas o intercurrentes puede aumentar la frecuencia de riesgos como.....

**7- 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 los rellenos son una de las indicaciones establecidas en Oftalmología 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 procedimiento 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.

**8- AUTORIZO** : a que la realización del procedimiento sea filmada o fotografiada con fines didácticos o científicos, no identificando en ningún caso el nombre del paciente o de sus familiares.

A que participen en la intervención, en calidad de observadores, médicos en formación o personal autorizado.

Y en tales condiciones

### CONSIENTO

#### QUE SE ME REALICE EL TRATAMIENTO CON RELLENOS OCULOFACIALES

En .....a.....de.....2

Fdo.:El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.:El representante legal, familiar o allegado

### REVOCACIÓN

Don/Doña..... de ..... años de edad.  
(Nombre y dos apellidos del paciente)

con domicilio en ..... y D.N.I. nº .....

en calidad de paciente / representante legal, familiar o allegado

REVOCO el consentimiento prestado en fecha ....., y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En .....a.....de.....2

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

Fdo: El rte legal, familiar o allegado

