

**Modelo de consentimiento informado.
Tratamiento de adiposidades localizadas con
técnica de adipocitolisis química con Aqualyx®**

En _____, a _____ de _____ de _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Población _____

Teléfonos _____

DNI _____

DECLARO:

Que por el presente documento REQUIERO Y AUTORIZO al doctor _____, licenciado en Medicina y Cirugía con el número de colegiado _____ y a su equipo, a que realice en mi persona, el tratamiento conocido como **adipocitolisis química mediante infiltración de Aqualyx®**

BREVE EXPLICACION DE LA INTERVENCIÓN:

El mencionado tratamiento consiste **en la infiltración en el espesor del tejido graso a tratar de una sustancia con efecto detergente sobre las membranas celulares de los adipocitos que conducirá a la reducción del espesor de la grasa en la zona tratada. la técnica podrá ser complementada con la aplicación de ultrasonidos en la zona tratada.**

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.

RIESGOS INHERENTES AL PACIENTE Y A SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES:

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 o, en ocasiones, dolores que puedo sentir teniendo un postoperatorio normal. 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 libremente 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 riesgos que me han sido explicados son los siguientes:

- 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, como: **dolor, enrojecimiento e inflamación persistente, posibilidad de infección, necrosis cutánea y secuelas cicatriciales o pigmentarias. Irregularidades o fibrosis duradera en las zonas tratadas. No se han descrito complicaciones a nivel sistémico**

CONSIENTO en la administración de sedación y/o anestesia dada por o bajo la dirección del médico responsable o del/ de los especialistas por él seleccionados y a usar dicha anestesia, tanto local como general, como convenga.

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, etc. En caso de complicaciones durante la intervención autorizó al Centro a solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

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. En este sentido, se me informa que el resultado estético del tratamiento depende de factores como la facilidad de cicatrización, formación o no de queloides, aparición de reacciones al producto (como por ejemplo fibrosis). 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.

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 de la intervención antes mencionada. Quedando bajo mi responsabilidad el cumplimiento de las medidas postoperatorias recomendadas por el Centro.

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.

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.

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.

El doctor

Firma del paciente

Representante legal

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

El doctor

Firma del paciente

Representante legal