CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ÁCIDO HIALURÓNICO

Centro: nombre, dirección y teléfono	N.º de registro o autorización sanitaria autonómica
Paciente (nombre y apellidos)	DNI/NIE/pasaporte
Fecha de nacimiento	N.º de historia clínica
Representante legal (solo si procede), DNI/NIE y relación	Fecha de entrega de esta información
Médico que informa y n.º de colegiado	Médico que realiza el tratamiento (si es otro) y n.º de colegiado
Producto o equipo y lote	Versión del documento (código y fecha)

Menores: si el paciente tiene menos de 16 años, consiente su representante legal después de haber oído su opinión, que es: [opinión]. Si tiene 16 o 17 años, consiente él mismo; el centro puede pedir además la firma de [padre, madre o tutor] según su protocolo.

Descripción del tratamiento

El tratamiento consiste en la inyección de ácido hialurónico ([nombre comercial y referencia]) en [zona: labios, surcos nasogenianos, pómulos, mentón, ojeras...], con aguja o cánula, para [aportar volumen, corregir surcos, hidratar...]. El ácido hialurónico es una sustancia reabsorbible que el organismo degrada con el tiempo. El producto es un producto sanitario con marcado CE, [con / sin] lidocaína (anestésico local), y lo inyecta un médico. Se me entregará la etiqueta de trazabilidad del producto, con su lote.

Resultados

El resultado es visible de inmediato, pero la hinchazón inicial puede alterarlo durante los primeros días; el resultado definitivo se valora a partir de [x] semanas. La duración aproximada es de [x] a [x] meses según la zona, el producto y cada persona. Puede ser necesario un retoque. El resultado no está garantizado.

Consecuencias habituales

Hinchazón, enrojecimiento y sensibilidad en la zona durante unos días.

Riesgos frecuentes

Hematomas, dolor, pequeñas irregularidades o bultos palpables, asimetría, sensación de tirantez.

Riesgos poco frecuentes

Infección, incluida la infección tardía; reactivación de herpes labial o facial; nódulos inflamatorios o granulomas, que pueden aparecer semanas, meses o incluso años después, a veces desencadenados por una infección (como una gripe), una vacuna o un tratamiento dental; coloración azulada si el producto queda muy superficial (efecto Tyndall); desplazamiento del producto; hinchazón persistente; reacción alérgica o de hipersensibilidad.

Riesgos raros pero graves

Oclusión vascular, es decir, que el producto o la compresión obstruyan un vaso sanguíneo. Puede provocar dolor intenso, palidez, manchas violáceas o cambio de color de la piel, y llegar a causar necrosis (muerte del tejido) con cicatriz y, de forma excepcional, alteración de la visión temporal o permanente, ceguera o un ictus (por falta de riego o hemorragia cerebral). El riesgo es mayor en el entrecejo, la nariz, la frente y alrededor de los ojos. Si durante o después del tratamiento noto dolor intenso, palidez o manchas en la piel, alteraciones de la visión, dolor de cabeza intenso, dificultad para hablar, o debilidad u hormigueo en un lado del cuerpo, debo avisar de inmediato a la clínica en el teléfono [número] y, si no consigo contactar, llamar al 112 o acudir a urgencias.

Posible tratamiento de complicaciones

Se me ha informado de que algunas complicaciones pueden requerir la inyección de hialuronidasa, una enzima que disuelve el ácido hialurónico, u otros tratamientos (antibióticos, corticoides) o la derivación a un hospital. En España no hay ningún

medicamento con hialuronidasa registrado: se obtiene como medicamento extranjero a través de la AEMPS. La hialuronidasa también puede producir reacciones, incluidas reacciones alérgicas [por lo que puede hacerse una prueba previa].

Contraindicaciones y precauciones

No debo recibir este tratamiento si tengo: alergia al ácido hialurónico o a algún componente del producto, a las proteínas de bacterias grampositivas (estreptococos) [o a la lidocaína u otros anestésicos locales de tipo amida, si el producto la contiene]; antecedentes de anafilaxia o varias alergias graves; infección, inflamación, acné o herpes activos, o lesiones en la zona; trastornos de la coagulación no controlados. No se recomienda durante el embarazo o la lactancia ni en menores de 18 años, porque su seguridad no se ha estudiado. Debo informar si: tengo una enfermedad autoinmune o tomo tratamiento inmunosupresor (según el producto, puede impedir el tratamiento o requerir una valoración previa); tomo anticoagulantes, antiagregantes u otros medicamentos o suplementos que aumentan el sangrado; tengo tendencia a cicatrices queloides o hipertróficas; [si contiene lidocaína: tengo epilepsia o problemas cardiacos, hepáticos o renales graves]; tengo rellenos o implantes previos en la zona, sobre todo permanentes o de producto desconocido; he tenido una infección, una vacuna o un tratamiento dental en las últimas [2] semanas o los tengo previstos en las próximas [2] semanas.

Cuidados posteriores

Evitar el maquillaje durante [12] horas; evitar el calor intenso (sauna, baño turco, sol o rayos UVA), el frío extremo y el ejercicio intenso durante [x] días; no masajear ni presionar la zona salvo que me lo indique el profesional; no hacerme láser, peeling, radiofrecuencia u otros tratamientos en la zona durante [x] semanas sin consultarlo; avisar de cualquier tratamiento dental o vacuna previstos en las [2] semanas siguientes. [Otras.]

Riesgos personalizados

Además de los riesgos generales, en mi caso concreto se me ha informado de: [riesgos derivados de la anamnesis o «ninguno adicional»].

Declaración de salud

Declaro que he informado de forma veraz sobre mi estado de salud, enfermedades, alergias, medicación (incluidos anticoagulantes, antiagregantes y suplementos), posible embarazo o lactancia y tratamientos estéticos previos en la zona, y que entiendo que ocultar información puede aumentar los riesgos.

Alternativas

Se me han explicado las alternativas disponibles ([alternativas]), incluida la de no realizar el tratamiento, y las consecuencias de no hacerlo, que en un tratamiento estético consisten, en general, en no obtener la mejora buscada.

Comprensión

He recibido esta información el [fecha de entrega], con antelación suficiente para leerla con calma; he podido hacer preguntas y [nombre del profesional que informa] me las ha respondido de forma comprensible. Entiendo que la medicina estética no garantiza un resultado concreto. [Si el tratamiento tiene varias sesiones: este consentimiento sirve para las sesiones de este tratamiento mientras no cambien el producto o equipo, la técnica, la zona o mi estado de salud.]

Fotografías clínicas

Las fotografías de la zona tratada forman parte de mi historia clínica y sirven para valorar el resultado; solo las verán los profesionales que me atienden. Además, de forma voluntaria y por separado: □ Sí □ No autorizo el uso de mis fotografías, sin datos que me identifiquen, con fines docentes o científicos. □ Sí □ No autorizo su publicación en la web y las redes sociales del centro: □ sin que se me reconozca □ con la cara visible. Negarme no afecta en nada a mi tratamiento. Puedo retirar estas autorizaciones en cualquier momento escribiendo a [correo electrónico], sin efecto sobre los usos ya realizados.

Protección de datos

Responsable: [razón social], NIF [número], [dirección], [correo electrónico]. Delegado de protección de datos: [contacto del DPD]. Finalidad: prestarme asistencia sanitaria, documentar este consentimiento en mi historia clínica y gestionar mi relación con el centro. Base jurídica: la prestación de asistencia sanitaria y las obligaciones legales del centro (artículos 6.1.b y c y 9.2.h del RGPD; Ley 41/2002); las fotografías con fines docentes o publicitarios solo se usarán con mi consentimiento, que puedo retirar en cualquier momento. Facilitar mis datos de salud es necesario para tratarme con seguridad. Destinatarios: no se comunicarán a terceros salvo obligación legal; [proveedores que tratan datos por cuenta del centro con contrato, p. ej. el programa de gestión]. [Transferencias internacionales: no se realizan / se realizan a [país] con [garantía].] Conservación: el tiempo que exige la normativa de historia clínica, como mínimo [cinco años desde el alta de cada proceso asistencial /

plazo de la comunidad autónoma]. Derechos: puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, oposición y portabilidad en [correo o dirección], y reclamar ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es). Más información: [enlace a la política de privacidad].

Revocación

Sé que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, también entre sesiones, sin tener que dar explicaciones, firmando el apartado de revocación de este documento.

Observaciones del profesional

Declaro que he comprendido la información, que doy mi consentimiento para el tratamiento descrito y que he recibido una copia de este documento firmado.

En _____, a ___ de _____ de _____.

Paciente (nombre, DNI y fecha)	Representante legal, si procede (nombre, DNI y fecha)	Médico que informa (nombre, n.º de colegiado y fecha)

RECHAZO DEL TRATAMIENTO

Después de haber sido informado/a, no autorizo la realización de este tratamiento y asumo las consecuencias de esta decisión.

En _____, a ___ de _____ de _____.

Paciente o representante legal (nombre, DNI y fecha)	Médico (nombre, n.º de colegiado y fecha)

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento que firmé el [fecha] para [tratamiento] y no deseo [iniciar el tratamiento / continuar con las sesiones pendientes]. He sido informado/a de las consecuencias de esta decisión.

En _____, a ___ de _____ de _____.

Paciente o representante legal (nombre, DNI y fecha)	Médico (nombre, n.º de colegiado y fecha)