CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LÁSER Y LUZ PULSADA

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
Profesional que informa y n.º de colegiado	Profesional 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 aplicación de [tipo de láser o luz pulsada, modelo del equipo] en [zona] con la finalidad de [eliminar vello, atenuar manchas, tratar lesiones vasculares, mejorar la textura de la piel...]. La energía de la luz actúa sobre [el folículo piloso, el pigmento, los vasos...].

Datos del tratamiento

Fototipo: [I a VI]. Zona: [zona]. Prueba previa realizada el [fecha] con resultado [resultado]. Número estimado de sesiones: [x].

Resultados

Se necesitan varias sesiones y la respuesta varía según el color de la piel y del vello o de la lesión, las hormonas y otros factores. [En depilación: el tratamiento reduce el vello, pero no garantiza su eliminación completa ni permanente; puede ser necesario hacer sesiones de mantenimiento.] El resultado no está garantizado. [En depilación: el vello rubio, pelirrojo, canoso o blanco responde poco o nada; si el exceso de vello tiene un origen hormonal, la respuesta es menor y conviene estudiar la causa.] [En manchas o lesiones: antes de tratarlas, un médico debe haberlas diagnosticado; pueden reaparecer.]

Consecuencias habituales

Enrojecimiento, calor y ligera hinchazón en la zona durante unas horas o días; [en depilación: pequeños habones alrededor de cada folículo].

Riesgos frecuentes

Molestias o dolor durante la sesión, sensación de quemazón, costras finas; [en lesiones vasculares: hematomas o púrpura].

Riesgos poco frecuentes

Foliculitis; quemaduras con ampollas; oscurecimiento (hiperpigmentación) o aclaramiento (hipopigmentación) de la piel, en general temporales pero que pueden ser duraderos, con más riesgo en pieles oscuras o bronceadas; reactivación de herpes; [en depilación: aumento paradójico del vello en zonas próximas]; cicatrices.

Riesgos para los ojos

La luz del láser o de la luz pulsada puede causar lesiones graves y permanentes en los ojos (retina, iris o córnea), incluso con exposiciones muy breves. Debo llevar en todo momento la protección ocular que me indiquen, sin quitármela ni moverla durante la sesión. Si se trata una zona próxima a los ojos, se usarán protectores oculares específicos.

Contraindicaciones y precauciones

No debo recibir el tratamiento en la zona si tengo: piel bronceada, exposición al sol o a rayos UVA en las últimas [4] semanas o autobronceador; infección, herida, inflamación o herpes activo; tatuajes o micropigmentación (pueden quemarse o cambiar de color, por lo que se protegerán o no se tratarán); lunares o manchas que no haya valorado antes un médico. Por precaución, no se realiza durante el embarazo, porque no hay datos suficientes de seguridad. Debo informar si: tomo o he

tomado medicamentos o plantas que aumentan la sensibilidad a la luz (algunos antibióticos como las tetraciclinas, amiodarona, algunos diuréticos, retinoides, hipérico…); he tomado isotretinoína en los últimos [6] meses (según el tipo de láser puede ser necesario esperar); he recibido sales de oro; tengo epilepsia sensible a la luz, vitíligo, psoriasis, lupus u otra enfermedad que empeora con la luz, tendencia a queloides o problemas de cicatrización.

Anestesia tópica

[Si se usa:] Si se usa crema anestésica, debo aplicar solo la cantidad y en la superficie que me indiquen: en zonas extensas puede causar reacciones graves (metahemoglobinemia).

Cuidados

Antes: no exponerme al sol ni a rayos UVA durante [x] semanas; [en depilación: rasurar la zona y no usar cera, pinzas ni electrólisis desde [x] semanas antes ni entre sesiones; sí puedo usar cuchilla o crema depilatoria]; acudir sin maquillaje ni cremas en la zona. Después: protección solar alta durante [x] semanas y hasta la siguiente sesión, evitar el calor intenso y los productos irritantes durante [x] días. Si aparecen ampollas, costras o manchas, no rascarlas ni arrancarlas y avisar a la clínica.

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)	Profesional 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)	Profesional (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)	Profesional (nombre, n.º de colegiado y fecha)