CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PEELING QUÍMICO

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 aplicar sobre la piel de [zona] una solución química ([agente: ácido glicólico, salicílico, mandélico, TCA... y concentración]) que produce una exfoliación controlada de capas [superficiales / medias] de la piel, con la finalidad de [mejorar manchas, textura, acné, arrugas finas...]. Se trata de un peeling [superficial / medio]. Este documento no sirve para peelings profundos (por ejemplo, de fenol), que requieren un consentimiento específico.

Resultados

Pueden ser necesarias [x] sesiones con intervalos de [x] semanas. La respuesta varía según el tipo de piel. El resultado no está garantizado.

Consecuencias habituales

Escozor o calor durante la aplicación; enrojecimiento, tirantez y descamación durante [x] días. [En peelings medios: costras y piel muy roja durante [x] días, con posible baja social.]

Riesgos frecuentes

Irritación, sensibilidad, sequedad, enrojecimiento prolongado.

Riesgos poco frecuentes

Hiperpigmentación postinflamatoria (manchas oscuras), más frecuente en pieles oscuras o si hay exposición solar; hipopigmentación; reactivación de herpes; infección; reacción alérgica; acné o milios; línea de demarcación visible entre la zona tratada y la no tratada; irritación o lesión de los ojos si el producto entra en contacto con ellos; [con ácido salicílico en zonas extensas: intoxicación por salicilatos, con náuseas, mareo o zumbido de oídos].

Riesgos raros pero graves

Cicatrices y cambios de pigmentación persistentes o permanentes. El riesgo es mayor en peelings medios, en pieles oscuras y si se arrancan las costras o hay infección.

Contraindicaciones y precauciones

No debo recibir el tratamiento si tengo: herpes activo, heridas, infección o inflamación en la zona (dermatitis, eccema o rosácea activos); piel bronceada o exposición solar intensa prevista; alergia a alguno de los componentes [con ácido salicílico: alergia a la aspirina u otros salicilatos]. [Según el agente: el ácido salicílico y el ácido tricloroacético no se recomiendan durante el embarazo.] Debo informar si: he tomado isotretinoína en los últimos [6] meses (en peelings medios suele ser necesario esperar); uso retinoides, exfoliantes u otros productos irritantes; tomo medicamentos que aumentan la sensibilidad a la luz; me he hecho recientemente en la zona cera, cremas depilatorias, láser, dermoabrasión, cirugía o radioterapia; he tenido herpes en la zona (en peelings medios puede indicarse un antiviral preventivo); tengo tendencia a cicatrices queloides o a manchas tras heridas; tengo las defensas bajas por enfermedad o medicación.

Cuidados

Antes: suspender retinoides y exfoliantes [x] días antes, salvo que el profesional me indique una preparación previa de la piel; [en peelings medios con antecedente de herpes: tomar el antiviral según la pauta indicada]. Después: no arrancar las costras ni la piel que se descama; protección solar alta durante [x] semanas; hidratación; no maquillarme durante [x] días; si el producto entra en contacto con los ojos, lavarlos con abundante agua y avisar a la clínica. [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)	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)

Ley 41/2002, de autonomía del paciente. Modelo versión 2026-10. Plantilla gratuita de CliniQ (cliniq.es), revisada el 22 de octubre de 2026. Es orientativa: adáptala a tu centro y revísala con tu asesoría o tu colegio profesional antes de usarla.