

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO  
HILOS TENSORES**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ N° de teléfono: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_

En cumplimiento de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15-11-02), le ofrecemos por escrito y de manera comprensible, información sobre **HILOS TENSORES**.

No obstante, dicha información le ha sido ya sucintamente facilitada de forma oral por el médico que suscribe, que asimismo y a requerimiento de Vd. ha ido contestando a todas las preguntas objeto de su interés y relacionadas con el tratamiento. El presente documento no es sino la transcripción gráfica de dicha información, a fin de facilitar su comprensión y motivar una autorización reflexiva y pausada.

Es importante que lea esta información de forma clara y completa. Por favor firme o ponga sus iniciales en cada página para indicar así que la ha leído y firme el documento de consentimiento para el procedimiento propuesto por su médico.

**DECLARO:**

Que por el presente documento REQUIERO Y AUTORIZO

**Doctor/a:** \_\_\_\_\_

Licenciado/graduado en Medicina y Capacitación en Medicina Estética.

**Número de colegiado:** \_\_\_\_\_

A realizar en mi persona, el tratamiento conocido como **HILOS TENSORES**.

**El Hilo de implante en este caso es:** \_\_\_\_\_

CONSIENTO, en caso de ser necesario, en la administración de **ANESTESIA**

**LOS HILOS TENSORES** se centra en la adicción de implantes hilos biológicamente compatibles, a determinadas zonas del cuerpo o de la cara con motivos estéticos.

CONOZCO Y ACEPTO la capacidad profesional del facultativo para realizar el tratamiento propuesto.

Los productos anteriormente mencionados han sido autorizados para su uso en medicina estética y ostenta la marca CE y número de registro sanitario correspondiente.

CONFIRMO que el tratamiento mencionado, me ha sido explicado a fondo, por el facultativo 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 post-tratamiento 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 el tratamiento anteriormente descrito.

También se me ha informado, en términos de probabilidades, de los resultados del procedimiento según referencias de la literatura científica contrastada y de la experiencia previa del profesional en la realización de estos procedimientos.

#### **BREVE EXPLICACION DEL TRATAMIENTO:**

**LOS HILOS TENSORES** es una técnica que sirve para modificar el perfil, el volumen y la silueta de algunas partes de la cara o del cuerpo.

La técnica se basa en implantar los hilos mediante aguja o cánula en determinadas zonas anatómicas de la cara o el cuerpo con el objetivo de:

- Corregir defectos genéticos, post-traumatismos o estigmas post quirúrgicos faciales o corporales.
- Atenuar en lo posible la flacidez facial y de cuello, levantar la punta nasal, las cejas.
- Mejorar el ovalo facial, proyectar pómulos, atenuar surcos y arrugas o rejuvenecer y restaurar la armonía facial.

ACEPTO que puedan ocurrir los **RIESGOS Y COMPLICACIONES** descritos por la ciencia médica como inherentes a este tipo de tratamiento. Entre ellos:

- Riesgos y complicaciones comunes a cualquier tratamiento médico-estético, como: hematomas, edemas o inflamación que remitirán generalmente en poco tiempo sin necesidad de ser tratados.
- Riesgos a corto plazo y transitorios: reacciones alérgicas al producto, aparición de eritema (enrojecimiento), ligera sensación dolorosa, infección, hematomas, edemas que deberán ser tratados adecuadamente.
- Riesgos y complicaciones específicos de este tratamiento que me han sido explicados y que asumo y acepto. Especialmente: resultado insuficiente, o excesivo, reacción inmunológica al producto, inflamación, rechazo, alteraciones de la pigmentación, infecciones diferidas, etc.
- Riesgos y complicaciones achacables al procedimiento anestésico (tópico o local).

**CONTRAINDICACIONES:** Antecedentes de respuesta anómala o inmunológica a otros productos estáticos, enfermedades autoinmunes graves o descompensadas, infección activa en la zona, diabetes descompensada, antecedentes de cicatrización anómala, gestación, presencia de un implante permanente en la misma zona.

He sido correctamente informado, incluso por escrito (documentos de información) y/o mediante imágenes, de las características de este tratamiento: de sus fundamentos, de la forma y detalles de su realización, de sus mecanismos de acción, de sus efectos inmediatos, del proceso y evolución que seguiré en los siguientes días, semanas o meses, de los tratamientos complementarios necesarios, de las atenciones y precauciones que debo adoptar en las próximas horas o días, de la variabilidad en el tiempo necesario para el completo restablecimiento; aceptando, por lo tanto, que no se me puede asegurar la fecha en que podré reincorporarme a mis actividades habituales (afectivas, sociales, laborales y deportivas).

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.

La Historia Clínica y el resultado de las pruebas que se han efectuado al paciente no desaconsejan practicar el procedimiento médico indicado, al no aparecer, a priori, riesgos que puedan ser determinantes del fracaso de la técnica objetivamente considerada y que pretende el cumplimiento de sus expectativas.

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, incluyendo, traslado a centro hospitalario. En caso de complicaciones durante el tratamiento autorizo al Centro a solicitar la necesaria ayuda de otros especialistas, según su mejor juicio profesional.

SE ME HA INFORMADO que la 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 que es necesario, por la diferente forma de absorción/reacción de cada paciente. Los resultados se obtienen con mayor efectividad si el tratamiento realizado se complementa con otros tratamientos que potenciarán sus efectos.

He sido informado de la necesidad de que, si durante el tratamiento se produjese una punción accidental del personal sanitario con mi sangre, de acuerdo con la buena praxis médica, se realicen las determinaciones analíticas procedentes en mi sangre, en lo relativo a posibles patologías de transmisión hemática, para la adopción de las medidas profilácticas más adecuadas.

ME COMPROMETO a seguir fielmente, en lo mejor de mis posibilidades, las instrucciones del médico para antes, durante y después del tratamiento antes mencionado. Quedando bajo mi responsabilidad el cumplimiento de las medidas pos-tratamiento recomendadas por el centro, así como acudir a las visitas de control indicadas por el médico.

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. 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.

El acto médico podría no agotarse en sí mismo y podría ser necesaria una actuación terapéutica posterior para lograr el objetivo por el que se está consintiendo.

El coste del tratamiento incluye diversos cargos por los servicios prestados. El total incluye los honorarios de su médico, el costo de los materiales, equipo o producto.

Los cargos cobrados por este procedimiento no incluyen los costos futuros potenciales para los procedimientos adicionales que usted elija o requiera a fin de revisar, optimizar o completar su resultado. Puede haber costos adicionales en caso de que surjan complicaciones debido al tratamiento.



Los cargos por tratamientos secundarios relacionados con las revisiones y que no hayan sido previamente pactados también serán su responsabilidad.

Al firmar el consentimiento para este procedimiento, usted reconoce que ha sido informado acerca de sus riesgos y consecuencias y acepta la responsabilidad de las decisiones clínicas que se tomaron junto con los costos económicos de todos los tratamientos futuros.

Sé que la firma y otorgamiento de este consentimiento no supone ningún tipo de renuncia a reclamaciones futuras tanto de orden médico como legal. Sé también que puedo desdecirme de la firma de este consentimiento en cualquier momento previo a la realización del tratamiento.

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 ratifico y consiento que el tratamiento se realice.

Fecha \_\_\_\_\_

lugar \_\_\_\_\_

**El médico**

**Firma del paciente**

**Representante legal\***

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

Fecha \_\_\_\_\_

lugar \_\_\_\_\_

**El médico**

**Firma del paciente**

**Representante legal**