

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA ESTÉTICA

Medicina voluntaria: información reforzada · Ley 41/2002



DriCloud
Software médico para clínicas

DATOS DEL CENTRO Y DEL PROFESIONAL

Centro sanitario	
Nº de registro sanitario	
Médico/a responsable	
Nº de colegiado	

DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellidos	
DNI / NIE / Pasaporte	
Fecha de nacimiento	
Nº de historia	

Representante legal (si procede)	
DNI del representante	
En calidad de	

PROCEDIMIENTO PROPUESTO

Procedimiento	
Zona a tratar	
Tipo de anestesia prevista	
Nº de sesiones previsto (si procede)	

En qué consiste, cómo se realiza y qué resultado se persigue:

Alternativas razonables, incluida la de no tratarse:

RIESGOS Y LIMITACIONES DEL RESULTADO

Riesgos típicos y personalizados del procedimiento:

Limitaciones del resultado (asimetrías, necesidad de retoques, evolución con el tiempo):

IMPORTANTE: al tratarse de medicina voluntaria, el resultado estético no puede garantizarse: lo que se compromete es la correcta realización del procedimiento conforme a la técnica adecuada. Declaro comprender que las imágenes o simulaciones que se me hayan mostrado son orientativas.

DECLARACIÓN DEL PACIENTE

- ☐ He recibido información amplia y comprensible del procedimiento, sus alternativas, sus riesgos y las limitaciones del resultado, y he podido preguntar.
- ☐ He dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar antes de decidir.
- ☐ He recibido y aceptado el presupuesto correspondiente.
- ☐ Sé que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento (art. 8.5 de la Ley 41/2002).
- ☐ Doy libremente mi conformidad para realizar el procedimiento descrito.

USO DE IMÁGENES (CONSENTIMIENTO SEPARADO Y OPCIONAL)

Autorizo la toma de fotografías del área tratada con la única finalidad que marco a continuación. Esta autorización es independiente del consentimiento al procedimiento y puedo negarla o revocarla sin que ello afecte a mi tratamiento.

- ☐ Seguimiento clínico en mi historia.
- ☐ Docencia o publicaciones científicas, siempre de forma que no se me pueda identificar.

Lugar y fecha	
---------------	--

Firma del paciente

Firma del médico/a

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado y no deseo proseguir, de lo que he sido informado.

Lugar y fecha de la revocación	
--------------------------------	--

Firma del paciente o representante

Firma del profesional

Modelo orientativo de carácter general: cada procedimiento estético requiere su consentimiento específico con sus riesgos propios, y en medicina voluntaria los tribunales exigen una información especialmente rigurosa. Revísalo con tu asesoría antes de usarlo.