

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA MESOTERAPIA

Ciudad y fecha:.....,/...../20....

Yo.....luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los objetivos, los alcances y características del tratamiento propuesto, autorizo al Dr./Dra.....y a su equipo, a realizar el procedimiento conocido como **MESOTERAPIA.**

1- Se me ha explicado que los objetivos de este tratamiento son disminuir los depósitos localizados de grasa de mi cuerpo y mejorar el contorno de glúteos, muslos, abdomen, caderas, rostro o cualquier zona del cuerpo donde sea aplicada. Lograr el rejuvenecimiento facial, disminuir las estrías y la pigmentación facial localizada, lo mismo que mejorar la alopecia androgénica.

2- He sido informado/a que la Mesoterapia es un procedimiento que consiste en inyectar a través de pequeñas y numerosas microinyecciones intradérmicas diversas sustancias que tienden a disolver la grasa corporal. Estas sustancias suelen ser productos farmacológicos u homeopáticos, minerales, vitaminas y aminoácidos. Las sustancias a utilizarse serán seleccionadas para cada caso en particular, lo mismo que el número de sesiones y la frecuencia de aplicación de las mismas.

3- Fui informado que existen diversas alternativas al procedimiento propuesto, no obstante, para mi caso particular se considera adecuado realizar el mismo.

Asimismo, se me ha dado la oportunidad de efectuar todas aquellas preguntas que consideré pertinentes las cuales me fueron respondidas de modo satisfactorio.

4- Se me ha explicado que pueden presentarse complicaciones y/o eventos adversos con el tratamiento propuesto los cuales son los propios a todo procedimiento invasivo, así como también con el estado vital del paciente. A modo ejemplificativo se me han mencionado algunas de las complicaciones que podría presentar a saber: eritema en torno a los sitios de punción, hipersensibilidad, reacciones alérgicas, prurito, aparición tardía de un nódulo subcutáneo en el lugar de la inyección, infecciones, hiperpigmentación en la zona de tratamiento, hematomas, etc. También se me ha explicado que por el término de los 3-5 días siguientes a cada aplicación del tratamiento no podré acudir a saunas o piscinas a fin de prevenir el riesgo de infecciones.

5- Estoy en conocimiento que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo que autorizo al profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional.

6- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me ha sido garantizado la obtención del mismo.

7- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

8- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

9- Manifiesto ser alérgico a:

10- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.

12. He leído y entendido acabadamente el presente consentimiento, por lo que autorizo se me lleve a cabo el procedimiento indicado.

Firma del paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:

Aclaración/ Sello: