

**MODELO DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA TRATAMIENTO DE REJUVENECIMIENTO
FACIAL CON EL MÉTODO MESOÉCLAT**

Nº Historia:.....
Don / Doña:.....de..... años de edad,
(Nombre y apellidos)
con domicilio en.....y D.N.I. nº.....
en calidad de.....de.....
(Padre, representante legal...)(Nombre y apellidos del menor)
con D.N.I. nº.....

DECLARO

Que el/la Profesional.....
(Nombre y apellidos del Profesional)
me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, a recibir TRATAMIENTO DE REJUVENECIMIENTO FACIAL MESOÉCLAT.

1. El objetivo de la técnica es eliminar las capas más superficiales de la piel para estimular la renovación celular y obtener como resultado final: *el rejuvenecimiento facial*.
2. El tratamiento consiste en la eliminación de las capas más superficiales de la piel mediante la aplicación de agentes químicos, lo que se obtiene produciendo una ligera quemadura y su consecuente reepitelización. Pueden utilizarse diversos agentes químicos como ácido salicílico y ácido azelaico, entre otros.
3. La técnica está indicada en cicatrices superficiales, pigmentaciones, arrugas y cualquier proceso que represente signos de envejecimiento cutáneo. El Profesional me ha explicado que para obtener mejores resultados es conveniente la repetición del tratamiento durante 5 sesiones, con un intervalo de 10 a 15 días entre ellas y una duración total de tratamiento de 2 a 3 meses.
4. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos secundarios, como ardor, escozor, escarchado, descamación superficial, eritema, erupciones acneiformes, hiper o hipopigmentaciones en la zona tratada.

El Profesional me ha advertido, prohibiéndomelo expresamente, que no debo exponerme al sol después de cada sesión, así como el uso obligatorio de **moisturising sun protection mesoesthetic** y la **crema de tratamiento domiciliario mesoéclat** diariamente después del tratamiento.

También me ha advertido el Profesional que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, medicaciones actuales, antecedentes de herpes simple facial, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia.

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales, estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.

Son:.....

5. En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas en otro caso y que he tenido la oportunidad de comentar con el Profesional.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y que el profesional que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar del consentimiento que ahora presto.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Confirmando que la información que he facilitado es verdadera y correcta y que he leído, comprendido y aceptado la información mencionada más arriba.

Aquí, eximo al personal aplicador, a los dueños del centro, al franquiciado, a sus empleados y al fabricante del producto de cualquier reclamación.

Y en tales condiciones

Consiento

Que se me realice el TRATAMIENTO DE REJUVENECIMIENTO FACIAL CON EL MÉTODO MESOÉCLAT.

En.....
(Lugar y Fecha)

Fdo: El/la Profesional

Fdo: El/ la Paciente

Fdo: El Representante Legal