

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE MESOTERAPIA

_____ A ____ del mes de _____ del año ____ El tratamiento de mesoterapia _____ consiste en la inyección intradérmica de medicamentos a pequeñas dosis. Mediante el uso de _____. El número de sesiones y la frecuencia de aplicación de las mismas es variable en función de la condición a tratar e historial clínico establecido. Los resultados se obtienen con mayor efectividad si el tratamiento realizado se complementa con otros tratamientos que potenciarán sus efectos.

MARQUE CON UNA (X) SI PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICIÓN DE SALUD

Diagnóstico o condición	Si	No	Tiempo evaluación	Observaciones
Diabetes				
Hipertensión				
Insuficiencia renal				
Insuficiencia hepática				
VIH				
Alergias e hipersensibilidad				
Tratamiento médico				
Embarazo / Lactancia				
Cicatrización hipertrófica				

POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LA APLICACIÓN DE MESOTERAPIA

- Enrojecimiento en la zona de punción.
- Dolor en el sitio de aplicación (variable en cada persona)
- Sangrado
- Inflamación en el sitio de aplicación o punción
- Formación de hematomas
- Formación de pápulas o nódulos (según la técnica utilizada)

POSIBLES BENEFICIOS DE LA APLICACIÓN DE MESOTERAPIA

El tratamiento de mesoterapia _____ Aplicado mediante la técnica de _____ Puede presentar los siguientes beneficios

RESTRICCIONES POSTERIORES A LA APLICACIÓN DE MESOTERAPIA

Entiendo que posterior a la aplicación de la mesoterapia, debo restringir actividades por un periodo determinado, tales como:

AUTORIZACIÓN

Yo _____ he sido informado sobre el tipo de mesoterapia que voy a recibir, así como de los posibles beneficios y efectos secundarios a los que podría estar expuesto al aceptar la intervención. Asimismo he sido informado de las actividades restrictivas posteriores a la aplicación de la misma y las posibles contraindicaciones resultantes de la terapia. Me han informado del derecho que tengo de aceptar o rechazar el procedimiento así como también del derecho de anular la aceptación previa, de las posibilidades de éxito del tratamiento y he podido preguntar lo que me ha parecido conveniente al respecto. Todo lo anterior se me ha explicado claramente y acepto el tratamiento propuesto siendo consciente de las posibilidades de éxito y de las posibles complicaciones por lo que firmo en señal de acuerdo, de aceptación y entendimiento de este consentimiento.

Nombre y firma del consultante

Nombre y firma del responsable