

# 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