

FICHA DE VALORACIÓN ESTÉTICA Y REGISTRO FOTOGRÁFICO

Centro: [CENTRO], Unidad asistencial **U.48 Medicina Estética** · N° de autorización: [N° AUTORIZACIÓN U.48] **Médica responsable:** Dra. [NOMBRE] · N° de colegiada [N° COLEGIADA] **Paciente:** [NOMBRE] · DNI/NIE: [DNI] · **Fecha:** [FECHA]

Documento vinculado a la Historia Clínica. La fotografía clínica es un **dato de salud** (categoría especial, art. 9 RGPD) y, a la vez, la mejor prueba objetiva del estado previo y de la evolución. Se realiza con fines asistenciales; cualquier uso distinto (docencia, difusión) requiere el consentimiento específico y separable del apartado C.

A. Valoración estética inicial

Parámetro	Hallazgo
Fototipo de Fitzpatrick	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI
Grado de fotoenvejecimiento (Glogau)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV
Arrugas dinámicas (frontal, glabella, periorcular)	[__]
Arrugas estáticas / surcos	[__]
Flacidez / laxitud (facial, cervical, corporal)	[__]
Volumen / proyección (malar, labios, mentón)	[__]
Asimetrías previas al tratamiento	[ZONA] — [__]
Calidad y textura de la piel, poros, manchas	[__]
Lesiones cutáneas a vigilar / derivar	[__]
Índice de masa corporal / perímetros (si corporal)	[__]

Zonas de interés del/de la paciente: [ZONA] **Diagnóstico estético y plan (remisión a la Historia Clínica):** [__]

Las **asimetrías y particularidades previas** se anotan y se muestran al/a la paciente **antes** de tratar: evita que un rasgo preexistente se atribuya después al procedimiento.

B. Registro fotográfico con fines clínicos (forma parte de la historia clínica)

La Dra. [NOMBRE] y el personal del centro realizarán **fotografías y/o vídeos clínicos** de la(s) zona(s) [ZONA] antes, durante y después del tratamiento, con la finalidad de:

- documentar mi estado basal y su evolución,
- planificar y controlar el resultado del tratamiento,
- integrar dicho material en mi historia clínica como parte de la misma.

Condiciones de la toma (para que sea comparable y fiable): misma iluminación, distancia y encuadre, sin maquillaje en la zona, posición estandarizada, con referencia de fecha.

Tratamiento de datos (RGPD / LOPDGDD): el responsable del tratamiento es [CENTRO]. Base jurídica: **asistencia sanitaria y gestión de servicios de salud (art. 6.1.b y 9.2.h RGPD)**; la fotografía clínica es documentación asistencial que forma parte de la historia clínica, no un uso opcional sujeto a consentimiento revocable. Las imágenes se conservan con **acceso restringido y cifrado**, durante los plazos legales de conservación de la historia clínica, y **no se ceden a terceros** salvo obligación legal. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad dirigiéndose a [CONTACTO/DPD]. Dispone de la información completa en el documento de **Información y Consentimiento de Protección de Datos** del centro.

He sido informado/a de que la fotografía clínica forma parte de mi historia clínica y se realiza con fines exclusivamente asistenciales (documentación y control de la evolución). *(Si me opongo a ser fotografiado/a, se hará constar en la historia clínica, con la limitación que ello supone para el seguimiento objetivo del tratamiento.)*

Firma del/de la paciente: _____ Fecha: [FECHA]

C. Consentimiento SEPARADO y OPCIONAL para otros usos de la imagen

Marcar este apartado no es necesario para recibir el tratamiento. La negativa no condiciona en modo alguno la asistencia. Cada uso es independiente y revocable en cualquier momento.

Con **imágenes anonimizadas** (sin datos que me identifiquen) o, cuando yo lo autorice expresamente, identificables, autorizo su uso para:

Uso	Autorizo	No autorizo	Anonimizada / Identificable
Docencia y formación profesional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Uso	Autorizo	No autorizo	Anonimizada / Identificable
Publicación en web / redes sociales del centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
Material divulgativo o comparativas “antes/después”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>

Advertencia para la clínica: la publicidad “antes/después” en estética está sujeta a límites; no puede sugerir resultado garantizado ni nombrar medicamentos de prescripción. Este apartado autoriza el uso de la imagen, no exime del cumplimiento de la normativa de publicidad sanitaria.

Revocación: puedo revocar este consentimiento de uso en cualquier momento comunicándolo a [CONTACTO/DPD], sin efectos retroactivos sobre difusiones ya realizadas de buena fe. Alcance temporal de la autorización: [___].

Firma del/de la paciente: _____ Fecha: [FECHA] Médica: Dra. [NOMBRE] (colegiada [Nº COLEGIADA]) Fecha: [FECHA]

D. Archivo fotográfico (control interno)

Sesión	Fecha	Nº de imágenes	Zona	Momento (pre / intra / post / seguimiento)	Ubicación del archivo
1	[FECHA]	[___]	[ZONA]	[___]	[___]
2	[FECHA]	[___]	[ZONA]	[___]	[___]