

CONSENTIMIENTO INFORMADO, MEDICINA ESTÉTICA (GENERAL)

Centro: [CENTRO], Unidad asistencial **U.48 Medicina Estética** · N° de autorización sanitaria: [N° AUTORIZACIÓN U.48]

Este documento general acompaña, pero **no sustituye**, al consentimiento específico de cada procedimiento (toxina botulínica, rellenos, mesoterapia, peeling, hilos, láser/IPL, corporal). Antes de cada técnica con riesgo se firma su consentimiento propio (Ley 41/2002, de autonomía del/de la paciente, arts. 4, 8 y 10).

1. Identificación

- **Paciente (D./Dña.):** [NOMBRE]
- **DNI / NIE:** [DNI]
- **Fecha de nacimiento:** [____]
- **Médica responsable:** Dra. [NOMBRE] · N° de colegiada **[N° COLEGIADA]** · Colegio Oficial de Médicos de [PROVINCIA]
- **Fecha de la información y de la firma (anterior al procedimiento):** [FECHA]

En caso de menor de edad o capacidad modificada, firma también el representante legal: [NOMBRE], DNI [DNI], relación [____].

2. En qué consiste y con qué objetivo

La medicina estética agrupa procedimientos **no quirúrgicos** dirigidos a mejorar el aspecto de la piel y del contorno facial o corporal. Los actos médicos (infiltraciones de medicamentos o productos sanitarios, peelings, aparatología médica) los realiza una **médica colegiada**. El objetivo es **mejorar** un rasgo estético concreto: [____]. Se trata, salvo indicación terapéutica documentada, de medicina **voluntaria o de satisfacción**.

3. Alternativas, incluida la de no tratarse

- No realizar ningún tratamiento (opción siempre válida): el rasgo permanece en su estado actual, sin los riesgos del procedimiento.
- Otras técnicas médico-estéticas o cosméticas: [____]
- Derivación a otra especialidad (dermatología, cirugía plástica) si procede: [____]

4. Beneficios esperables, variabilidad y obligación de MEDIOS

El beneficio esperado es [____]. Ahora bien:

- **El resultado es variable** entre personas y depende de la anatomía, la calidad de la piel, la edad, los hábitos (sol, tabaco) y la respuesta individual; muchos tratamientos son **temporales** y requieren mantenimiento.
- La médica se compromete a poner los **medios** adecuados conforme a la buena práctica (*lex artis*), **no a garantizar un resultado concreto**. Ningún resultado se promete ni se garantiza (obligación de medios, no de resultado; criterio del Tribunal Supremo, STS 828/2021).
- Un resultado que no cumpla plenamente la expectativa, o una asimetría dentro de lo previsible, **no significa** que haya existido mala praxis.

5. Riesgos generales de los procedimientos médico-estéticos

Comunes a las técnicas inyectables y sobre la piel; los **riesgos específicos y graves** de cada procedimiento figuran en su consentimiento particular: - **Frecuentes y leves:** dolor o escozor, enrojecimiento, hinchazón, hematoma, sensibilidad temporal en la zona [ZONA]. - **Infrecuentes:** infección local, reacción alérgica o de hipersensibilidad, pigmentación temporal, resultado asimétrico o insuficiente que requiera retoque. - ****Graves aunque raros:** reacción alérgica generalizada (anafilaxia), infección profunda, cicatriz, y (en los rellenos) **compromiso vascular**. El centro dispone de botiquín de urgencias y protocolos para su manejo.**

6. Contraindicaciones y qué debe declarar el/la paciente

Debe informar, con veracidad, de: **embarazo o lactancia;** alergias (medicamentos, anestésicos locales, látex); enfermedades autoinmunes, neuromusculares, de la coagulación u oncológicas; **medicación** (anticoagulantes/antiagregantes, isotretinoína, inmunosupresores); infecciones o herpes activo; tendencia a **queloides;** y **tratamientos estéticos previos** (especialmente rellenos, sobre todo permanentes). La ocultación de estos datos altera el riesgo y es responsabilidad del/de la paciente.

7. Cuidados posteriores

Seguirá las indicaciones que se le entreguen por escrito para cada técnica (higiene, frío/calor, evitar sol o ejercicio, fotoprotección). **Consultará de inmediato** si aparece dolor intenso y creciente, palidez o cambio de color de la piel, pérdida de visión, fiebre o signos de infección. Contacto para urgencias: [TELÉFONO].

8. Registro fotográfico (RGPD)

El registro fotográfico con fines clínicos **forma parte de mi historia clínica** (documentación asistencial; art. 6.1.b y 9.2.h RGPD), según la **Ficha de Valoración y Registro Fotográfico**. **Cualquier otro uso** (docencia, redes, web, publicidad) requiere mi **consentimiento separado, específico y revocable** (documento **Consentimiento de Datos e Imagen**). He sido informado/a de que la fotografía clínica forma parte de mi historia clínica.

9. Declaración de comprensión

Declaro que he leído este documento, que se me ha explicado en lenguaje comprensible, que he podido **hacer preguntas** y que **han sido respondidas** a mi satisfacción. He dispuesto de tiempo suficiente para reflexionar. Recibo una copia.

10. Revocabilidad

Puedo **revocar** este consentimiento en cualquier momento, antes o durante el proceso asistencial, sin necesidad de justificarlo y sin que ello perjudique mi atención. La revocación se hará constar por escrito.

11. Firmas (ANTES del procedimiento)

Firmado en [LOCALIDAD], a [FECHA].

- Paciente / representante legal: _____ DNI: [DNI]
- Médica: Dra. [NOMBRE], colegiada [Nº COLEGIADA]: _____

Revocación (si procede): D./Dña. [NOMBRE], DNI [DNI], revoco el consentimiento el [FECHA]. Firma: _____