

CONSENTIMIENTO INFORMADO, MESOTERAPIA (FACIAL / CAPILAR / CORPORAL)

Centro: [CENTRO], Unidad asistencial **U.48 Medicina Estética** · N° de autorización sanitaria: [N° AUTORIZACIÓN U.48] **Marco legal:** Ley 41/2002, de autonomía del/de la paciente (información y consentimiento por escrito en procedimientos con riesgo).

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 firma (anterior al procedimiento):** [FECHA]

2. En qué consiste y con qué objetivo

La mesoterapia consiste en **microinyecciones superficiales** en la piel (mesodermo) de sustancias como ácido hialurónico no reticulado, vitaminas, aminoácidos, oligoelementos u otros principios, con finalidad de **hidratar y mejorar la calidad de la piel, el cabello o determinadas zonas corporales**. Zona a tratar: **[ZONA]**. Suele requerir **varias sesiones** y mantenimiento.

- **Producto(s):** [PRODUCTO] · **Lote:** [LOTE] · **Caducidad:** [CADUCIDAD] · **Estatus regulatorio:** medicamento producto sanitario otro → [____] · **Vía:** [____] · **Volumen/pauta:** [____]
- **Nivel de evidencia y off-label:** la evidencia científica de algunos preparados o mezclas es limitada, y ciertos usos pueden estar **fuera de indicación autorizada**. Cuando así sea, se informa expresamente y se registra. Aplica No aplica → [____]

3. Alternativas, incluida la de no tratarse

- **No tratarse:** opción válida y sin riesgos.
- Cosmética tópica y hábitos (fotoprotección, nutrición, hidratación).
- Otros procedimientos según indicación (peeling, láser, rellenos, tratamientos capilares específicos).

4. Beneficios esperables, variabilidad y obligación de MEDIOS

Mejora progresiva de la hidratación, luminosidad o densidad de la zona tratada. El resultado es **variable**, generalmente **gradual y temporal**, y depende de la respuesta individual y de completar las sesiones. La médica pone los **medios** conforme a la buena práctica y **no garantiza un resultado concreto** (obligación de medios, no de resultado; STS 828/2021).

5. Riesgos

Frecuentes y leves (transitorios): - Enrojecimiento, hinchazón, pequeños **hematomas** y pápulas en los puntos de inyección. - Escozor o molestia local durante horas o pocos días.

Infrecuentes: - Reacción de hipersensibilidad o alergia a algún componente. - **Nódulos** o induraciones transitorias. - Pigmentación temporal en los puntos de punción.

****Riesgos graves (raros):**** - ****Infección** local; excepcionalmente infecciones por **micobacterias atípicas** o **paniculitis**, que pueden dejar cicatriz.** - Necrosis cutánea localizada (muy rara). - Reacción alérgica generalizada (anafilaxia), rara.

6. Contraindicaciones y qué debe declarar el/la paciente

Contraindicado / precaución en: - ****Embarazo y lactancia.**** - Infección o lesión cutánea activa en la zona. - Alergia conocida a alguno de los componentes. - Enfermedad autoinmune o inmunodepresión; trastornos de la coagulación o anticoagulación.

Debe declarar además: medicación (anticoagulantes/antiagregantes, inmunosupresores), alergias, tendencia a queloides y tratamientos recientes en la zona.

7. Cuidados posteriores

- No maquillar ni frotar la zona las primeras horas; higiene suave.
- Evitar sauna, piscina, sol directo y ejercicio intenso las primeras 24-48 h.
- Fotoprotección en zonas fotoexpuestas.
- **Consultará** si aparece dolor creciente, supuración, fiebre o lesiones que no mejoran. Contacto: [TELÉFONO].

8. Registro fotográfico (RGPD)

El registro fotográfico pre/post 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

He leído y comprendido esta información, se me ha explicado en lenguaje claro, he podido **preguntar** y se me ha **respondido**. He dispuesto de tiempo para decidir. Recibo copia.

10. Revocabilidad

Puedo **revocar** este consentimiento en cualquier momento, sin justificación y sin perjuicio para mi atención.

11. Firmas (ANTES del procedimiento)

Firmado en [LOCALIDAD], a [FECHA].

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