



DOCUMENTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
LÁSER PERCUTÁNEO**

Nº HISTORIA

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

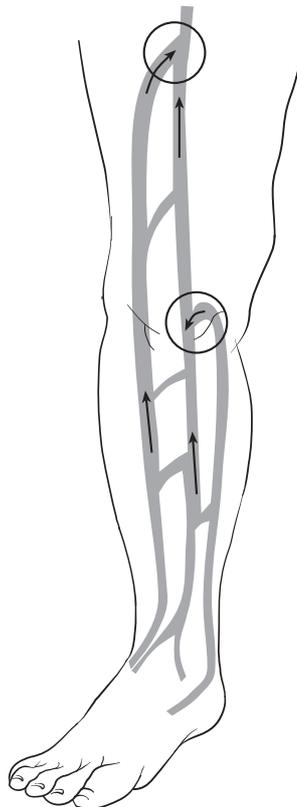
Con domicilio en y D.N.I. nº

En calidad de de
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

DECLARO:

Que el doctor / a ... **Pedro Fernández Díaz-Villabella**
(Nombre y dos apellidos del facultativo que proporciona la información)

1.- Me ha explicado que en mi situación es conveniente recibir tratamiento de las varices de los miembros inferiores mediante LÁSER PERCUTÁNEO.



2.- Me ha informado que:

- Las varices son dilataciones de las venas superficiales de las piernas, que funcionan de manera anormal y no conducen la sangre hacia el corazón. A veces sólo son un problema estético, pero suelen producir dolor, cansancio, pesadez de piernas o hinchazón. Con el tiempo pueden aparecer flebitis, úlceras, o incluso romperse las venas y sangrar.

- Esta técnica consiste en **disparar un rayo de luz láser sobre cada vena**. Se produce una inflamación y la vena se cierra. Normalmente se hace en consulta. No se utilizan agujas. Puede doler un poco, por lo que se utilizan cremas con anestesia. Según el tipo y el número de venas serán necesarias más o menos sesiones.

3.- Me ha informado que lo normal es que no haya complicaciones y que pueda continuar con mi vida normal después de salir de la consulta.

Después del tratamiento con láser suele quedar una zona enrojecida.

Pueden formarse ampollas en la piel y quedar pequeñas marcas. En estas zonas se pueden producir infecciones superficiales.

4.- Aunque no haya ningún problema, mi médico me ha explicado que:

- Las venas que se tratan con láser no siempre desaparecen por completo y puede ser necesario repetir el tratamiento o utilizar otros métodos.

- Pueden quedar pequeñas manchas en la piel o sombras donde estaban las venas.

- Con el tiempo pueden aparecer nuevas dilataciones varicosas en las mismas zonas o en otras.

5.- He comprendido y aceptado que NO se puede garantizar el resultado estético.

6.- Me ha informado que como alternativa a esta técnica y de forma general (según el tipo de varices) se pueden:

- Extirpar las pequeñas varices de forma aislada (varicectomías).

- Redirigir la circulación por las varices (cura CHIVA).

- Eliminarlas con fuentes de calor (láser, radiofrecuencia).

- Eliminarlas con espuma.

- Eliminarlas con frío (crioesclerosis).

También es posible NO quitar las venas y sólo tratar de controlar las molestias con ejercicios, medias de compresión y algunas medicinas.

He comprendido las explicaciones que me ha dado mi médico en un lenguaje claro y sencillo, y he podido aclarar todas las dudas que se me han planteado.

Entiendo que puedo cambiar de opinión y decidir no operarme sin tener que dar ninguna explicación.

Estoy satisfecho con la información recibida y comprendo el tipo de tratamiento y sus riesgos.

Y en tales condiciones

CONSIENTO

que se me realice un tratamiento con **LÁSER PERCUTÁNEO**.

En (lugar y fecha).

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal,
familiar o allegado

REVOCACIÓN

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en y D.N.I. nº

Don/Doña de años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

Con domicilio en y D.N.I. nº

En calidad de
(Representante legal, familiar o allegado)

de
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Revoco el consentimiento prestado en fecha, y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

En
(Lugar y fecha).

Fdo.: El/la Médico

Fdo.: El Paciente

Fdo.: El representante legal