

D/Dña:

Dirección:

DNI:

Consentimiento Informado Para Trasplante Capilar

1.- Solicito y autorizo al Dr Peter Griffiths a diagnosticar o tratar las condiciones que se especifican a continuación:
Caída de cabello o Alopecia Androgenética Masculina / Alopecia de las cejas

2.- Los procedimientos que se consideran necesarios para diagnosticar o tratar mis condiciones me han sido explicadas por el cirujano, entiendo la naturaleza de los procedimientos resumidos más abajo, y autorizo la realización de estos procedimientos: trasplante capilar mediante FUE, o BHT (vello corporal). Por favor, señale mediante un círculo la técnica a usar.

3.- Entiendo que los procedimientos médicos y quirúrgicos requieren de la cooperación de enfermeros/as, técnicos/as, asistentes y otro personal, y solicito y autorizo a dicho personal a que participen en la intervención y en el cuidado.

4.- He sido informado que durante el procedimiento el doctor puede estimar necesario advertir o alterar la intervención por razones medicas, de salud o relacionadas con el resultado. Si durante la intervención necesito algo adicional, autorizo a los doctores a llevarlo a cabo.

5.- He sido informado y entiendo que hay ciertos riesgos y consecuencias asociadas a los procedimientos descritos en el apartado 2. Los riesgos podrían incluir: infección, hemorragia, dolor post-operatorio, cicatrices, formación de queloide, hematoma, necrosis, pérdida de cabello/shock-loss temporal o permanente. También autorizo la administración de anestesia y otra medicación que pueda ser necesaria.

6.- Consiento y autorizo a que la clínica conserve con mi conocimiento, a que preserve o disponga de tejidos o muestras que se extraigan de mi cuerpo durante la intervención con fines científicos que puedan dar lugar posteriormente a posibles usos comerciales.

Firma

7.- Estoy de acuerdo en que el número aproximado (más o menos) de grafts/unidades foliculares estimados para este procedimiento es de

También se me ha explicado que el número final de unidades foliculares puede variar arriba o abajo al final de la intervención.

Entiendo que si decido tener un número de unidades foliculares implantadas inferior a lo recomendado por el doctor, el resultado puede variar a lo previamente hablado y sugerido.

8.- Estoy de acuerdo con el diseño y posición de la primera línea que el doctor ha hecho; también estoy de acuerdo en que la primera línea tiene un diseño gradual que pasa de una densidad menor a otra mayor buscando un aspecto natural, y por tanto no una primera línea extremadamente densa tipo "muro".

Firma

9.- Autorizo a que durante la intervención se puedan tomar fotografías o grabar la intervención; dichas imágenes podrán ser mostradas posteriormente con propósitos de investigación médica, científica, o motivos educativos o comerciales; en ningún caso mi identidad será revelada ni por las imágenes ni por ningún tipo de texto.

10.- Las formas alternativas de diagnóstico o tratamiento me han sido explicadas.

11.- Este documento es válido para esta intervención y para todas las posibles operaciones siguientes que pudieran ser necesarias para completar mi restauración capilar.

He sido informado y entiendo que la práctica de la medicina o de una cirugía no es una ciencia exacta, y que por tanto no es posible garantizar o prometer unos resultados específicos o determinados a raíz de esta intervención. Se tendrá todo el cuidado y atención necesarios para asegurar un resultado óptimo a nivel médico y cosmético, pero entiendo que hay ciertos riesgos propios de cualquier intervención quirúrgica, y por tanto no es posible asegurar un resultado que alcance mis expectativas o garantice mi satisfacción.

En caso de insatisfacción o disputa sobre el servicio prestado, estoy de acuerdo en resolver el asunto vía el Centro de Mediación del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid.

12.- He sido informado que llevar a cabo el trasplante sin rapar la cabeza implica una dificultad mayor y por lo tanto es posible que los resultados pueden ser menos satisfactorios. El Dr Peter Griffiths me ha recomendado rapar la cabeza pero le he pedido a realizar la cirugía sin rapar.

Reconozco que se me ha dado la oportunidad de formular cualquier pregunta, y por tanto decido realizar la intervención quirúrgica.

Fecha:

Firma Paciente:

Firma Médico: