

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### DERMABIA PRO TRAINING

Yo, D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI/NIE \_\_\_\_\_, declaro que he sido debidamente informado/a de forma clara, comprensible y suficiente, y que acepto libre y voluntariamente participar como modelo en el programa formativo **Dermabia Pro Training**.

#### 1. Naturaleza formativa de los procedimientos

Se me informa expresamente de que los tratamientos se realizarán en el contexto de una formación médica avanzada, llevada a cabo por médicos titulados que participan como alumnos del programa, bajo la supervisión directa, presencial y continua del equipo médico responsable del centro y sin coste alguno.

Comprendo y acepto que las técnicas se ejecutarán con finalidad docente, garantizándose en todo momento el control y supervisión conforme a la *lex artis ad hoc* y a los estándares profesionales vigentes.

#### 2. Autorización para la realización de procedimientos médicos-estéticos

Previa valoración médica individualizada, autorizo expresamente la realización de los siguientes procedimientos:

##### Técnicas inyectables

- Aplicación de neuromoduladores.
- Infiltración de ácido hialurónico.
- Técnicas híbridas combinadas.

##### Tecnologías médicas

- Láser CO<sub>2</sub> fraccionado.
- IPL dermatológico.
- Radiofrecuencia médica.

##### Procedimientos dermoestéticos

- Peeling químico médico.

Declaro haber recibido información suficiente sobre la naturaleza, finalidad, beneficios esperados, posibles riesgos, efectos adversos, complicaciones potenciales y alternativas terapéuticas, así como las indicaciones y cuidados posteriores necesarios.

Manifiesto haber podido formular todas las preguntas oportunas, habiendo sido resueltas satisfactoriamente.

### **3. Seguimiento y control posterior**

Se me informa de que, tras la realización de los procedimientos, se efectuarán las revisiones y controles clínicos que el equipo médico considere oportunos conforme a los protocolos asistenciales del centro.

Dichas revisiones forman parte del adecuado seguimiento terapéutico y tienen como finalidad la valoración evolutiva, la detección precoz de posibles efectos adversos y, en su caso, la adopción de las medidas clínicas pertinentes.

Me comprometo a seguir las indicaciones médicas y acudir a las revisiones programadas, siendo consciente de que el incumplimiento de las recomendaciones postratamiento puede influir en los resultados obtenidos.

En el supuesto de que se produjera alguna incidencia derivada directamente del tratamiento realizado en el marco de la formación, Dermabia Pro Training asumirá la valoración, seguimiento y tratamiento clínico correspondiente, de acuerdo con los protocolos médicos establecidos y con la cobertura de responsabilidad civil profesional del centro.

Quedan excluidas aquellas complicaciones derivadas del incumplimiento de las indicaciones médicas postratamiento o de circunstancias personales no declaradas previamente.

### **4. Autorización de uso de imagen**

Autorizo expresamente la captación de imágenes fotográficas y/o videográficas con finalidad clínica y docente, antes, durante y después de los procedimientos realizados.

Asimismo, autorizo su uso con fines:

- Formativos y docentes internos.
- Científicos y académicos.
- Divulgativos y promocionales vinculados a la actividad formativa.

Se garantiza en todo momento el respeto a mi dignidad, honor y confidencialidad. Las imágenes podrán ser utilizadas sin identificación personal directa, salvo autorización adicional expresa.

Esta autorización se otorga de manera gratuita y sin limitación territorial, pudiendo ser revocada conforme a la normativa vigente, sin efectos retroactivos sobre materiales ya publicados.

### **5. Voluntariedad**

Declaro que mi participación es libre y voluntaria, pudiendo revocar el presente consentimiento en cualquier momento con anterioridad a la realización del procedimiento, sin necesidad de justificar mi decisión y sin que ello suponga perjuicio alguno.

## 6. Protección de datos personales (RGPD)

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD), y en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), se informa a la compareciente de lo siguiente:

**Responsable del tratamiento:** Dra. Ana Cristina Lázaro Tremúl.

**Finalidad del tratamiento:** Gestión de su participación como modelo en el programa formativo, elaboración y custodia de historia clínica, realización de seguimiento médico, gestión administrativa y, en su caso, uso de imágenes conforme a la autorización otorgada en el presente documento.

**Legitimación:** El consentimiento expreso de la interesada y el cumplimiento de obligaciones legales en materia sanitaria.

**Conservación:** Los datos serán conservados durante los plazos legalmente establecidos en la normativa sanitaria vigente.

**Destinatarios:** No se cederán datos a terceros salvo obligación legal o cuando resulte necesario para la prestación asistencial.

**Derechos:** Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición y portabilidad, mediante solicitud escrita dirigida al responsable del tratamiento, acompañada de copia de documento identificativo.

Asimismo, se informa de su derecho a presentar reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) si considera vulnerados sus derechos en materia de protección de datos.

Declaro haber sido informada de manera clara y comprensible sobre el tratamiento de mis datos personales y otorgo mi consentimiento expreso para el mismo en los términos descritos.

Firma modelo: \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma médico responsable: \_\_\_\_\_