

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
**ESCISIÓN PIEL RADICAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE DERMATOLOGÍA</b>
<b>1</b>	<b>DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA ESCISIÓN PIEL RADICAL</b>
<p>Este documento sirve para que usted, o quién lo represente, dé su consentimiento para esta intervención eso significa que nos autoriza a realizarla.</p> <p>Usted puede retirar este consentimiento cuando lo desee. Firmarlo no le obliga a usted a hacerse la intervención. De su rechazo no se derivará ninguna consecuencia adversa respecto a la calidad del resto de la atención recibida.</p> <p>Antes de firmar, <u>es importante que lea despacio la información siguiente.</u></p> <p><b>Díganos si tiene alguna duda o necesita más información.</b> Le atenderemos con mucho gusto.</p>	
<b>1.1</b>	<b>LO QUE USTED DEBE SABER:</b>
<b>EN QUÉ CONSISTE. PARA QUÉ SIRVE</b> Esta intervención consiste en la extirpación de lesiones cutáneas y tumores de la piel.	
<b>CÓMO SE REALIZA:</b> Se hará bajo anestesia local para garantizar una intervención sin dolor. Se le realizará un pequeño corte en la superficie de los tejidos para extraer la lesión cutánea o tumor de la piel. Dependiendo en cada caso, se procederá al cierre directo mediante sutura con o sin drenaje. La pieza operatoria podrá enviarse al laboratorio de Anatomía Patología para su confirmación diagnóstica. En todo momento, durante la intervención, estará siendo vigilado por profesionales sanitarios. Al finalizar la intervención se le dará una hoja informativa sobre autocuidados y recomendaciones para después de la operación.	
<b>QUÉ EFECTOS LE PRODUCIRÁ:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pueden producirse pequeñas molestias locales en la zona donde se realiza la intervención.</li></ul>	
<b>EN QUÉ LE BENEFICIARÁ:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Al extraerle la tumoración estamos evitando que siga creciendo, originando en ocasiones complicaciones como infecciones, compresiones nerviosas (presión de zonas nerviosas), molestias y perjuicios antiestéticos.</li><li>- A pesar de su correcta realización, no podemos garantizar la reaparición del tumor, obligando a nueva intervención.</li></ul>	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
**ESCISIÓN PIEL RADICAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

CLÍNICA  
**PAREJO & CAÑERO**  
HOSPITAL DE DÍA

<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE DERMATOLOGÍA</b>
<b>OTRAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES EN SU CASO:</b> Si usted decide no someterse a la intervención, como alternativa, puede: <ul style="list-style-type: none"><li>- En función de su tipología, se puede incluir el uso de nitrógeno líquido (método que utiliza el frío intenso), láser, medicaciones tópicas, y cauterización eléctrica.</li></ul> En su caso:	
<b>QUÉ RIESGOS TIENE</b> Cualquier actuación médica tiene riesgos. La mayor parte de las veces los riesgos no se materializan, y la intervención no produce daños o efectos secundarios indeseables. Pero a veces no es así. Por eso es importante que usted conozca los riesgos que pueden aparecer en este proceso o intervención. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>LOS MÁS FRECUENTES:</b> No hay complicaciones frecuentes. En ocasiones, pueden surgir problemas leves:<ul style="list-style-type: none"><li>- Por el uso de anestésicos locales, hay personas que sufren pequeños desmayos. Si usted le ha ocurrido alguna vez, debe avisar antes de la intervención.</li><li>- Alteraciones de la sensibilidad en la zona, como dolor o disminución de la sensibilidad.</li><li>- Infecciones en la herida.</li><li>- Rechazo de las suturas.</li><li>- Hemorragias/hematomas.</li><li>- Cicatrices irregulares.</li></ul></li><li>• <b>LOS MÁS GRAVES:</b> De forma excepcional, se producen complicaciones graves por el uso de anestésicos locales.<ul style="list-style-type: none"><li>- Mareos, vómitos, dolores de cabeza o temblores.</li><li>- Bajada de la tensión, palpitaciones, alteraciones de la frecuencia del corazón.</li><li>- Alergias como: rojeces o inflamaciones en la piel, dificultad respiratoria.</li></ul></li></ul>	

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
**ESCISIÓN PIEL RADICAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE DERMATOLOGÍA</b>
<b>SITUACIONES ESPECIALES QUE DEBEN SER TENIDAS EN CUENTA:</b> Existen situaciones en las cuales la conveniencia de esta intervención puede ser dudosa o cuestionable: <ul style="list-style-type: none"><li>– Enfermedad circulatoria grave.</li><li>– Infección o lesiones de la piel en la extremidad que se va a operar.</li><li>– Pacientes que por cuestiones personales o sociales no van a seguir las recomendaciones y cuidados posteriores a la intervención.</li><li>– Otras: Hay pacientes que pueden presentar situaciones que supongan un riesgo muy elevado para la anestesia.</li></ul> Deberá comunicar al personal sanitario cualquier situación de este tipo antes de la intervención.  Es importante conocer sus posibles alergias a medicamentos, si tiene alteraciones de la coagulación de la sangre y las enfermedades que padezca. Comunique también los medicamentos que esté tomando.	
<b>OTRAS INFORMACIONES DE INTERÉS (a considerar por el/la profesional):</b>  	
<b>OTRAS CUESTIONES PARA LAS QUE LE PEDIMOS SU CONSENTIMIENTO:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- A veces, durante la intervención, se producen hallazgos imprevistos. Pueden obligar a tener que modificar la forma de hacer la intervención y utilizar variantes de la misma no contempladas inicialmente.</li><li>- A veces es necesario tomar muestras biológicas para estudiar mejor su caso. Pueden ser conservadas y utilizadas posteriormente para realizar investigaciones relacionadas con la enfermedad que usted padece. No se usarán directamente para fines comerciales. Si fueran a ser utilizadas para otros fines distintos se le pediría posteriormente el consentimiento expreso para ello. Si no da su consentimiento para ser utilizadas en investigación, las muestras se destruirán una vez dejen de ser útiles para documentar su caso, según las normas del centro. En cualquier caso, se protegerá adecuadamente la confidencialidad en todo momento.</li><li>- También puede hacer falta tomar imágenes, como fotos o vídeos. Sirven para documentar mejor el caso. También pueden usarse para fines docentes de difusión del conocimiento científico. En cualquier caso, serán usadas si usted da autorización. Su identidad será preservada de forma confidencial.</li></ul>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
ESCISIÓN PIEL RADICAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CLÍNICA  
PAREJO & CAÑERO  
HOSPITAL DE DÍA**



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE DERMATOLOGÍA</b>
<b>1.2</b>	<b>IMÁGENES EXPLICATIVAS</b>
<p>En este espacio podrán insertarse con carácter opcional imágenes explicativas, esquemas anatómicos, pictogramas etc. que faciliten y permitan explicar de manera más sencilla la información al paciente.</p>	

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
ESCISIÓN PIEL RADICAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.

**CLÍNICA  
PAREJO & CAÑERO  
HOSPITAL DE DÍA**

<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE DERMATOLOGÍA</b>
--	---------------------------------

<b>2</b>	<b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	
<b>2.1</b>	<b>DATOS DEL/ DE LA PACIENTE Y DE SU REPRESENTANTE (sólo en caso de incapacidad del/de la paciente)</b>	
	APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE	DNI/NIE
	APELLIDOS Y NOMBRE, DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL	DNI/NIE

<b>2.2</b>	<b>PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO</b>		
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA
	APELLIDOS Y NOMBRE	FECHA	FIRMA

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
ESCISIÓN PIEL RADICAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE DERMATOLOGÍA</b>
--	---------------------------------

**2.3 CONSENTIMIENTO**

Yo, D/Dña. ...., manifiesto que estoy conforme con la intervención que se me ha propuesto. He leído y comprendido la información anterior. He podido preguntar y aclarar todas mis dudas. Por eso he tomado consiente y libremente la decisión de autorizarla. También sé que puedo retirar mi consentimiento cuando lo estime oportuno.

Autorizo que se realicen las actuaciones oportunas, incluyendo modificaciones en la forma de realizar la intervención, para evitar los peligros o daños potenciales para la vida o la salud, que pudieran surgir en el curso de la intervención.

SÍ       NO

Autorizo la conservación y utilización posterior de mis muestras biológicas para investigación relacionada directamente con la enfermedad que padezco.

SÍ       NO

Autorizo que, en caso de que mis muestras biológicas vayan a ser utilizadas en otras investigaciones diferentes, los investigadores se pongan en contacto conmigo para solicitarme consentimiento.

SÍ       NO

Autorizo la utilización de imágenes con fines docentes o de difusión del conocimiento científico.

SÍ       NO

NOTA: Márquese con una cruz.

En .....a.....de.....de.....

EL/LA PACIENTE

EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)

Fdo.:

Fdo.:

FORMULARIO DE INFORMACIÓN Y  
CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO  
**ESCISIÓN PIEL RADICAL**

Orden de 8 de julio de 2009 (BOJA nº 152 de fecha 6 de agosto) por la que se dictan instrucciones a los Centros del Sistema Sanitario Público de Andalucía, en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.



<b>CENTRO SANITARIO</b> Clínica Parejo y Cañero Hospital de día	<b>SERVICIO DE DERMATOLOGÍA</b>
--	---------------------------------

<b>2.4</b>	<b>RECHAZO DE LA INTERVENCIÓN</b>
Yo, D/Dña. ...., no autorizo a la realización de esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En ..... a ..... de ..... de .....	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

<b>2.4</b>	<b>REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO</b>
Yo, D/Dña. ...., de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para esta intervención. Asumo las consecuencias que de ello puedan derivarse para la salud o la vida.	
En ..... a ..... de ..... de .....	
EL/LA PACIENTE	EL/LA REPRESENTANTE LEGAL (solo en caso de incapacidad del paciente)
Fdo.:	Fdo.:

Le informamos que el responsable del tratamiento de sus datos clínicos es Clínica Parejo y Cañero, S.L. que en cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, sus datos serán tratados en nuestros ficheros, cuya finalidad principal es la prestación y seguimiento de la asistencia sanitaria o proceso clínico. Los interesados pueden ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u oposición a los tratamientos dirigiéndose por escrito al domicilio social del centro situado en C/Cuesta del Molino nº48, 14500 Puente Genil (Córdoba) o mediante envío de un correo electrónico a [proteccion.datos@clinicapyc.com](mailto:proteccion.datos@clinicapyc.com), adjuntando copia de DNI u otro documento identificativo.