



CONSENTIMIENTO INFORMADO: INFILTRACIÓN DE ÁCIDO HIALURÓNICO.

PACIENTE: NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2. EDAD: años. DNI: 10101010A. HC: 24276

* Este acto no está incluido en compañías aseguradoras y se abona aparte según tarifa vigente de DELGADOTRAUMA.

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes que ocurren. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones; léalo atentamente y consulte con su médico todas las dudas que se le planteen.

He leído esta información que me ha entregado y que se reproduce a continuación.

1. PROCEDIMIENTO

Consiste en la introducción de **ácido hialurónico** con una jeringa en una articulación para lubricarla.

El objetivo de estas infiltraciones consiste en aliviar o suprimir el dolor y las manifestaciones por desgaste de cartílago, prevenir o recuperar la limitación funcional, acelerar la evolución favorable del proceso y disminuir o eliminar la necesidad de tratamientos más agresivos o con efectos secundarios.

La **infiltración de ácido hialurónico** se realizará en la siguiente localización: _____

2. CONSECUENCIAS SEGURAS

Después de la infiltración presentará molestias en la zona de inoculación debidas al propio pinchazo y al volumen de la sustancia introducido. Si la inyección se ha introducido dentro de la articulación es conveniente que permanezca en reposo durante 24-48 horas para disminuir el riesgo de aumento de la inflamación articular.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS RIESGOS TÍPICOS

Las complicaciones de la infiltración pueden ser:

- a) Reacción alérgica, hipotensión arterial, así como un mínimo porcentaje de mortalidad (anafilaxia).
- b) Lesión de vasos (hematomas), nervios o tendones adyacentes.
- c) Infección en la zona del pinchazo.
- d) Irritación de la articulación con inflamación de la misma.
- e) Aparición de atrofia cutánea (lipodistrofia) o depigmentación en la zona de administración.

4. RIESGOS PERSONALIZADOS

Además de los riesgos antes descritos, por mis circunstancias especiales, pueden existir otros riesgos como: **no mejoría, dolor residual, recidiva,**

5. ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

La lesión objeto de la infiltración puede tratarse con medicación antiinflamatoria y reposo relativo, con fisioterapia, o bien con cirugía.

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo Don/Dña. **NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2** con DNI **10101010A**, he leído la hoja de información que me ha entregado el **Dr. Eduardo J. DELGADO TORNÉ** con **N. Col. 121204595**. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas y preguntas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto. Por ello, manifiesto que me considero satisfecho/a con la información recibida y que comprendo la indicación y los riesgos de este tratamiento/procedimiento. Y en tales condiciones **CONSIENTO** en que se me realice la **infiltración de ácido hialurónico**.

En CASTELLÓN, a 3/9/2025 Fdo. Dr. Eduardo J. DELGADO TORNÉ Fdo. NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2 10101010A Fdo. REPRESENTANTE LEGAL

7. REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo, Don/Dña. **NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2, REVOCO** el consentimiento prestado en fecha _____ y declaro por tanto que, tras la información recibida, no consiento en someterme a la **infiltración de ácido hialurónico**.

En CASTELLÓN, a _____ Fdo. Dr. Eduardo J. DELGADO TORNÉ Fdo. NOMBRE APELLIDO 1 APELLIDO 2 10101010A Fdo. REPRESENTANTE LEGAL