

CONSENTIMIENTO INFORMADO MASAJES POSTOPERATORIOS

■ ¿Por qué es necesario el consentimiento informado en masajes postoperatorios?

■ 1. Protección legal y profesional

- Garantiza que el paciente conoce los beneficios, limitaciones y riesgos del tratamiento.
- Respalda al profesional frente a posibles reclamaciones en caso de complicaciones o malentendidos.

■ 2. Seguridad clínica

- Informa que el masaje se aplicará solo si no existen contraindicaciones (ej. signos de infección, seroma, puntos abiertos).
- Ante la aparición de red flags, el profesional derivará al cirujano responsable.

■ 3. Transparencia y confianza

- El paciente entiende que el masaje postoperatorio es un complemento al seguimiento médico, no un sustituto.
- Refuerza la profesionalidad del terapeuta y la percepción de un protocolo serio y estructurado.

📌 ■ Casos en los que se requiere consentimiento informado:

- Antes de iniciar el primer masaje postoperatorio (drenaje linfático manual, técnicas específicas o aparatología).
 - Si se va a aplicar aparatología (ej. INDIBA® u otras tecnologías).
 - Si se incluyen técnicas sobre cicatrices en fases avanzadas.
 - Cuando el paciente viene derivado de otro centro y no se conoce el historial completo.
 - Si se van a tomar fotos de evolución (añadir cláusula de autorización, en caso de uso docente o publicitario).
-

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTOS POSTOPERATORIOS



****Datos del paciente:****

Nombre y apellidos: _____

DNI/NIE: _____ Fecha: ___ / ___ / _____

****Objeto del consentimiento****

Declaro haber recibido información suficiente y comprensible sobre el tratamiento postoperatorio que voy a recibir, consistente en masajes y técnicas manuales específicas (como drenaje linfático manual) y/o aparatología complementaria, con el objetivo de favorecer mi recuperación tras la cirugía.

****Información sobre el tratamiento****

- El tratamiento será aplicado únicamente si no existen contraindicaciones clínicas.
- Se me ha informado de que pueden aparecer molestias leves (enrojecimiento, dolor puntual, hematomas leves).
- En caso de detectar complicaciones (infección, fiebre, secreciones, seroma, fibrosis dolorosa u otras red flags), el tratamiento será interrumpido y se me derivará al cirujano responsable.
- Entiendo que este tratamiento es un complemento al seguimiento médico y no lo sustituye.

****Derechos del paciente****

- El paciente se compromete a informar durante la sesión de cualquier molestia o sensación anómala para que el profesional valore la continuidad o interrupción del tratamiento.
- El paciente tiene derecho a realizar las preguntas que considere oportunas y a recibir respuestas claras.

- Declaro haber comprendido la información recibida y la acepto libremente.

****Autorización especial (opcional)****

■ Autorizo la toma de fotografías de mi evolución con fines:

[] Clínicos (historia médica personal)

[] Docentes / Publicitarios (siempre preservando anonimato)

****Firmas****

Firma del paciente: _____

Firma del profesional: _____

Fecha: ___ / ___ / _____

