

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE RADIOFRECUENCIA NO ABLATIVA

Ciudad y fecha:,

...../...../20....

Yo.....luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los objetivos, alcances y características del tratamiento propuesto, autorizo al Dr./Dra.....y a su equipo, a realizar el procedimiento conocido como **RADIOFRECUENCIA NO ABLATIVA**.

- 1- Se me ha explicado y he comprendido que el tratamiento mencionado tiene por objetivo reducir los signos de envejecimiento de la piel, proporcionándole una apariencia más juvenil. El tratamiento actúa a nivel de los surcos y la flaccidez que se originan en el rostro por la laxitud de la piel. En los **tratamientos faciales** se consigue una expresión más juvenil. Se obtiene una elevación de las cejas cuando se trata la parte superior del rostro, y una disminución de los pliegues nasogenianos al tratar las mejillas, pudiendo también tensar la piel del cuello. En los **tratamientos corporales** (brazos, abdomen, muslos, etc.) mejora la flaccidez cutánea y la piel recupera su tersura
- 2- Para su realización se utiliza un dispositivo emisor de **radiofrecuencia** avanzada denominada **radiofrecuencia no ablativa**, que genera una gran elevación térmica tisular, y determina la inmediata contracción de las fibras de colágeno en las capas profundas de la piel. En una segunda fase, durante los meses siguientes, induce un proceso de formación de nuevo colágeno, que producirá un rejuvenecimiento progresivo y duradero de la zona tratada. Para el procedimiento puede llegar a requerirse de la aplicación de anestesia local o tópica, por lo que fui informado/a y he comprendido de los eventuales riesgos y complicaciones de esta.
- 3- Se me ha explicado que existen otras alternativas al tratamiento propuesto, siendo para mi caso particular éste el procedimiento indicado. Asimismo, se me ha dado la oportunidad de efectuar todas aquellas preguntas que consideré pertinentes al respecto, las cuales me han sido respondidas en forma satisfactoria.
- 4- Se me ha expuesto que puedo presentar distintas complicaciones o eventos adversos, los cuales son los propios a todo procedimiento invasivo, así como aquellos relacionados con el estado vital del paciente. A modo ejemplificativo me fueron mencionadas alguna de las complicaciones que podría presentar: inflamación en las áreas tratadas, edema debido a un proceso inflamatorio local, eritema, desarrollo de ampollas, etc.
- 5- Se me ha explicado y he comprendido que durante el procedimiento pueden surgir imprevistos que obliguen a tener que modificar la forma de llevar a cabo el mismo o bien utilizar variantes de este no contempladas inicialmente.
- 6- Soy consciente que la práctica de la Medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que a pesar que el médico me ha informado adecuadamente del resultado deseado del tratamiento, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención del mismo.
- 7- Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el mismo, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular.

- 8- Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales. Manifiesto ser alérgico/a a:
- 9- Autorizo al profesional interviniente a efectuar la documentación del procedimiento por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y/o académicos, siempre que se haga absoluta reserva de mi identidad.
- 10- He leído y comprendido acabadamente el presente consentimiento, por lo que autorizo al profesional mencionado y a su equipo a la realización del procedimiento indicado.

Firma del Paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:.....

Aclaración/Sello:.....