

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE RADIOFRECUENCIA FRACCIONADA

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 FRACCIONADA.**

- 1- Se me ha explicado y he comprendido que el tratamiento mencionado tiene por objetivo lograr la reducción de arrugas, líneas de expresión, combatiendo manchas, la flacidez y estrías. Es un procedimiento no invasivo cuyos resultados suelen verse rápidamente
- 2- La radiofrecuencia es conocida por su capacidad de regenerar las fibras de colágeno de la piel, encargadas de mantener firme el tejido para producir un estímulo de formación de nuevo colágeno a nivel dérmico, con un daño en la epidermis mínimo, al dejar zonas sin lesionar, con lo que la recuperación es muy temprana y los resultados evidentes desde la primera sesión. El resultado es una piel con aspecto más firme y rejuvenecido. A fin de obtener mejores resultados, los protocolos recomiendan se incluyan no menos de 3 sesiones a intervalos de 6-8 semanas
- 3- Se me ha explicado que existen otras alternativas al procedimiento 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. También se me ha explicado que este procedimiento se encuentra contraindicado en pacientes embarazadas, mujeres lactantes, personas que padezcan enfermedades neuromusculares, dermatitis psoriasis o enfermedades cutáneas, al igual que individuos con prótesis metálicas o marcapasos, 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 la realización del procedimiento indicado.

Firma del Paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:.....

Aclaración/Sello:.....