

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DEPILACIÓN LÁSER

1. Ciudad y fecha:,/...../20....

Yo.....
luego de haberseme explicado detalladamente y en términos claros y sencillos los objetivos, alcances y características del procedimiento propuesto, autorizo al Dr./Dra.....y a su equipo, a realizar el procedimiento conocido como **foto depilación, que incluye la depilación láser y la luz Pulsada**

2. He sido ampliamente informado acerca de la naturaleza y objetivos del procedimiento que se me llevará a cabo.

3. Se me ha informado que el propósito de la depilación láser es estético, a fin de disminuir o eliminar el vello no deseado. El procedimiento requiere más de una sesión y puede producir eliminación permanente del vello. El número total de sesiones requeridas varía de persona a persona. Nunca se obtiene una eliminación del 100% del vello. En ocasiones hay casos donde la efectividad al mismo está por debajo de lo esperable o es nula.

4. La depilación láser es un procedimiento no-invasivo diseñado para eliminar el vello no deseado de diversas partes del cuerpo. El dispositivo láser trabaja mediante la emisión de pulsos de energía lumínica que penetran la piel y destruyen los folículos pilosos. Debido a que el láser necesita llegar al folículo piloso para ser efectivo, es importante no utilizar ningún tipo procedimiento de eliminación del vello (por ej. depilación con cera, arrancado del pelo, depilación por electrólisis, etc.) de 2 a 4 semanas antes del tratamiento con depilación láser. En mi caso las zonas corporales a tratar son

Durante el procedimiento se me indicará la utilización de anteojos de protección, para proteger mis ojos de la luz láser.. Después del tratamiento se necesitan, en general, de 10 a 21 días para que un porcentaje de vello caiga.

5. El profesional me ha informado que durante el tratamiento de foto depilación puede ser necesaria la administración de anestesia local o tópica de cuyos riesgos me ha informado.

6. La depilación láser es un tratamiento voluntario, electivo y las alternativas al mismo son: la no realización del tratamiento de depilación láser, la depilación con cera, la depilación química, la electrolisis, el rasurado o la no depilación.

7. 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

8. Se me ha explicado y he comprendido que al igual que cualquier otro procedimiento, este no se encuentra libre de complicaciones relacionadas al estado vital del paciente o bien los comunes a todos los procedimientos invasivos. Puntualmente se me han explicado a modo de ejemplo las siguientes complicaciones: el riesgo de desarrollo de cicatrices, ampollas, enrojecimiento de la piel, ardor o irritación de la piel, edema local, hematomas temporarios, quemaduras producto del láser, hiperpigmentación o bien hipopigmentación de la piel.

Se me ha explicado que debo evitar la exposición al sol antes, durante y después del tratamiento, lo cual reduce el riesgo de cambios de la coloración de la piel.

También pueden desarrollarse cuadros de: Infección, foliculitis, hemorragia, reacciones alérgicas, lesiones oculares:

cicatrices y la hiperpigmentación.

9- Soy consciente que la práctica de la Medicina, no es una ciencia exacta, y que pese a que el profesional me ha informado adecuadamente el resultado deseado del procedimiento, no se me ha garantizado el éxito ni la obtención del mismo.

10- Doy mi consentimiento a ser fotografiado/a y/o filmado/a antes, durante y después del tratamiento, siendo este material propiedad del profesional, quien podrá publicarlo en revistas científicas y/o ser expuestas para propósitos médicos o educacionales, siempre y cuando se mantenga absoluta reserva de mi identidad.

11- Me comprometo a cooperar en el cuidado evolutivo del procedimiento efectuado, cumpliendo fielmente las indicaciones brindadas por el profesional durante todo el tiempo que el mismo así lo considere.

12- Doy fe de no haber omitido o alterado ningún dato al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos referentes a mi estado previo de salud, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas anteriormente por otros profesionales.

13- Manifiesto ser alérgico/a

14-. He leído detenidamente este consentimiento y lo he entendido acabadamente. por lo que autorizo al profesional a efectuar el procedimiento indicado.

Firma del Paciente:

Aclaración.....

DNI.....

Firma y sello del Profesional.....