

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA UTILIZACIÓN DE ELECTRODOS EN MEDICINA
ESTÉTICA

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 **ELECTRODOS**.

- 1- Se me ha explicado y he comprendido que el tratamiento mencionado tiene por objetivo **tonificar** y dar firmeza a los tejidos favoreciendo al sistema circulatorio al permitir un mejor retorno venoso y linfático. Como consecuencia de esto ayuda a eliminar la retención de líquidos, aumentar la circulación y eliminar toxinas. Las zonas del cuerpo que se pueden tratar con electro estimulación son el abdomen, la cintura, los glúteos, las piernas, el pantalón de montar, los abductores y los brazos.
- 2- Su realización consiste en aplicar estímulos eléctricos, con pares de electrodos positivo y negativo, mediante la regulación de la intensidad y el tiempo que van a durar las ondas. Los electro estimuladores neuromusculares funcionan al generar una circulación de corrientes eléctricas de determinadas frecuencias por los tejidos y músculos, provocando la contracción de estos, requiriéndose la realización de varias aplicaciones para la obtención de mejores resultados.
- 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, 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 la realización del procedimiento indicado.

Firma del Paciente:

Documento:

Aclaración:

Firma del Médico:.....

Aclaración/Sello:.....