

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DE DEPILACIÓN LÁSER

Lugar y fecha _____

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones más frecuentes. Este documento intenta explicarle todas estas cuestiones, léalo atentamente y consulte todas las dudas que se le planteen. Le recordamos que por imperativo legal, tendrá que firmar usted o su representante legal el consentimiento informado para que pueda realizarle el procedimiento descrito a continuación:

Yo.....DNI.....domiciliado en
.....Tel:.....he sido informado por la
Lic.MP.....y declaro haber comprendido acabadamente que el objeto
del tratamiento es lograr la máxima reducción del vello en la zona tratada.

El tratamiento de depilación láser consiste en la aplicación de energía lumínica selectiva sobre la melanina, teniendo mayor efecto sobre el pelo negro por poseer mayor cantidad de la misma y siendo menos efectivo sobre los vellos de color más claro, con lo cual el número de sesiones en este caso podría ser mayor. Ejerce nula acción sobre los pelos alemanicos (canas) y ciertos rojizos. Luego de la realización de las sesiones correspondientes al tratamiento inicial y transcurrido de 2 a 3 meses, el paciente podrá contratar el tratamiento de mantenimiento cuya cantidad de sesiones estarán sujetas a criterio del profesional.

Las sesiones se realizarán inicialmente cada 30 días. En cada sesión el profesional actuante evaluará la evolución del tratamiento, pudiendo definir la forma y oportunidad en que se efectuarán las próximas aplicaciones. El cumplimiento de la periodicidad que indique el profesional es indispensable para la obtención de los resultados deseados.

La duración del efecto de la fotodepilación mediante energía lumínica LASER de acuerdo a los estudios hasta el momento existentes es prolongada y variable según cada persona, influyendo en la reaparición del pelo factores hereditarios, hormonales (menopausia, embarazo, tratamientos hormonales, terapia con anticonceptivos, stress, etc.) o de otra naturaleza que pudieran estimular el crecimiento del vello. Por tal razón, dependiendo del organismo de cada persona, puede resultar necesaria la realización de alguna otra sesión periódica para el adecuado mantenimiento del resultado. El costo de dichas sesiones no está incluido en el tratamiento inicial debiendo establecerse en forma posterior.

Zona a tratar: _____

Cantidad de sesiones: _____

Indicaciones:

- Evitar la exposición al sol y rayos ultravioletas (cama solar) durante el tratamiento de depilación mediante energía lumínica.
- Usar protector solar durante todo el tratamiento con el fin de prevenir que la mayor concentración de pigmento (melanina) sea posible causa de quemaduras y/o manchas cutáneas.

Riesgos:

- Percibir calor en la piel, sensación de calor extremo en las áreas de mayor densidad pilosa y posibilidad de aparecer eritemas (enrojecimiento) que remiten en 24 a 48 horas. Si esto sucediera el paciente deberá seguir las indicaciones de los fármacos de aplicación externa indicados por el profesional actuante.
- Puede presentarse un leve enrojecimiento y ocasionalmente una quemadura superficial. Dicha quemadura, remitirá una vez tratada adecuadamente con los productos aconsejados por el Profesional actuante. Por tal razón, de presentarse este tipo de reacción es imprescindible ponerla de inmediato en conocimiento del Profesional actuante o personal de.....En el caso altamente excepcional de que al remitir la quemadura persistiera una leve pigmentación de la piel, ésta desaparecerá en un plazo de tiempo siguiendo las indicaciones pautadas por el Profesional actuante. En todo caso, una vez normalizada la piel, se continuará con total normalidad el tratamiento de depilación mediante energía lumínica.

- Resultado insatisfactorio: La práctica de la Medicina Estética no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita.

Contraindicaciones:

- Estado de embarazo.
- Período de lactancia.
- Presencia de neoplasias (tumores).
- Presencia de Fibromas o Miomas.
- Enfermedades infecto-contagiosas.
- Enfermedades auto inmunes.
- Pacientes trasplantados.
- Flebitis.
- Trombosis.
- Patologías vasculares activas y tratadas con anticoagulantes.
- Marcapasos.
- Graves problemas circulatorios o de hipertensión.
- Infecciones en la piel.
- Alergia al frío.
- Alergias a los materiales aplicados.
- Enfermedades hepáticas y renales actuales o previas que puedan comprometer la salud del paciente y el tratamiento.
- Diabetes no controlada

Asumo el compromiso de comunicar al profesional actuante si en algún momento mi estado de salud se modificase.

QUEDA EXPRESAMENTE definido que tanto el alta provisional como el alta definitiva queda al buen criterio del profesional.

He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en lenguaje claro y sencillo, he podido realizar todas las observaciones y se me han aclarado todas las dudas; por lo que estoy completamente de acuerdo con lo consignado en esta fórmula de consentimiento.

El/la que suscribe _____ DNI _____ otorgo mi consentimiento al tratamiento propuesto por la Lic. _____ MP _____.

OBSERVACIONES:

.....

Firma del Paciente _____

Aclaración _____

Firma y sello del Profesional

DNI _____