

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE EQUIPO DE SINERGIA ELECTRO-ÓPTICA
CON MOVILIZACIÓN MECÁNICA DEL TEJIDO**

Lugar y fecha

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las complicaciones mas 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 devolver la función estética del área corporal a tratar.

El tratamiento con equipo de sinergia electro-óptica consiste en manipular mecánicamente el tejido dañado por la celulitis a la vez proporcionar un calentamiento de la grasa; estas acciones rompen los nódulos de la celulitis logrando el alisamiento de la superficie y una reducción del volumen.

Zona a tratar:.....
.....

Cantidad de sesiones indicadas:
.....

Riesgos:

- En el período posterior a la aplicación inmediata es normal que existan enrojecimiento e hinchazón.
- Es probable que se presenten áreas con hematomas producto de la succión del equipo.
- El paciente puede sentir una sensación dolorosa similar a un “golpe” hasta 72 hs después del tratamiento por efecto de la succión y la movilización del tejido por parte de los rodillos.
- En raras ocasiones, pueden aparecer costras por efecto de la acumulación puntual de calor sobre la piel.
- 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 sobre los cambios que pueden observarse por lo que sería necesario realizar un tratamiento adicional para mejorar los resultados.

Contraindicaciones:

- Marcapasos.
- Implantes con superficie de metal u otros en la zona de tratamiento.
- Cáncer de piel actual o anterior. Lunares premalignos.
- Enfermedades graves simultáneas, como enfermedades cardíacas.
- Embarazo y lactancia, así como un plazo de 3 a 6 meses posteriores al parto o hasta que se recupere el equilibrio hormonal.
- Sistema inmunológico deteriorado debido a enfermedades inmunosupresoras como SIDA, HIV, o medicamentos inmunosupresores, por ejemplo, corticoides.
- Enfermedades que pueden ser estimuladas mediante la luz.
- Historial de enfermedades estimuladas por el calor, como herpes simple recurrente en la zona de tratamiento.
- Desórdenes endocrinos no controlados correctamente, como diabetes o hipotiroidismo.
- Cualquier condición activa en la zona de tratamiento, como heridas, psoriasis, eccemas y/o erupciones.
- Antecedentes de enfermedades de la piel y/o cicatrización anormal, como queloides.
- Antecedentes de coagulopatías o utilización de anticoagulantes.
- Uso de medicamentos, hierbas, suplementos alimenticios y vitaminas, de los que se sabe que inducen a la fotosensibilidad por exposición a la luz con la longitud de onda utilizada. Como Isotretinoína en los últimos 6 meses, tetraciclinas o hierba de San Juan en las últimas 2 semanas.
- Cualquier procedimiento quirúrgico en la zona de tratamiento en los últimos 3 meses o antes que termine de cicatrizar.
- Tatuajes o maquillaje permanente en la zona a tratar.
- Trastornos de la circulación como venas varicosas, flebitis o tromboflebitis.

Además de los riesgos antes descritos, por mis circunstancias especiales hay que esperar los siguientes riesgos:

Indicaciones a las que me comprometo fielmente a seguir:

Acepto que no se me ha dado garantía de resultados y comprendo que el fin del mismo es mejorar mi apariencia existiendo la posibilidad de que alguna imperfección persista, incluso que el resultado pueda no ser el esperado por mí. Igualmente entiendo y me ha sido explicado que puede ser necesario en el futuro realizar nuevas sesiones para conseguir un óptimo resultado final.

Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación de la/s operación/es o procedimiento/s que me van a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos; puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes. NUNCA EN PRENSA DIARIA O REVISTAS COMUNES, y siempre CON MI PERMISO EXPRESO.

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 que suscribeDNIotorgo mi consentimiento al tratamiento propuesto por la Lic.MP

Firma del Paciente

Firma del Profesional

Aclaración

DNI