

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

### PROCEDIMIENTO O TECNOLOGÍA UTILIZADA: HIFU PARA REJUVENECIMIENTO FACIAL / ESCOTE / FACIAL COMPLETO (FACIAL, CUELLO, ESCOTE) / MANOS

Lugar y fecha .....

Usted tiene derecho a conocer el procedimiento al que va a ser sometido y las probables complicaciones que pueden presentarse. 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.

La aparatología utilizada para el tratamiento emite energía ultrasónica de forma concentrada en un haz de sonido del mismo modo que una lupa con los rayos del sol, sin causar daño a los tejidos. Dicho mecanismo aumenta la temperatura de la zona tratada lo que permite la remodelación del colágeno, un proceso en el que los tejidos comienzan a repararse mejorando la apariencia de la piel. El objetivo es estirar y dar firmeza al tejido de la piel y atenuar manchas. La periodicidad de las sesiones será de una sesión cada 30 días (excepcionalmente y de acuerdo a la valoración profesional podrán efectuarse mas sesiones al mes). El cumplimiento de esta periodicidad es indispensable para la finalidad del tratamiento.

Zona a tratar: .....

Cantidad de sesiones indicadas: .....

Riesgos:

- Sensación de quemazón en las áreas de mayor concentración de melanina y enrojecimiento que se van a las 24 o 48 hs.
- En los tratamientos despigmentantes (manchas) puede producirse el incremento en la coloración para luego comenzar a despigmentarse con formación de pequeñas escaras que remiten en pocos días.
- Eventualmente puede producirse una quemadura.
- Resultado insatisfactorio: La practica de la Medicina Estetica no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita.

Contraindicaciones:

- Una vez realizado el tratamiento se debe evitar la exposición al sol y rayos UVA (cama solar) a los fines de evitar manchas o quemaduras.
- Periodo de gestación

Indicaciones:

- Uso de protector solar durante todo el tratamiento.
- Informar cualquier modificación en mi estado de salud (por ejemplo: embarazo)
- Concurrir puntualmente a dos sesiones consecutivas tal como se han acordado con el profesional actuante; de lo contrario el tratamiento quedara cancelado sin protesto de mi parte.

Acepto que no se me ha dado garantía de resultados y comprendo que la duración del efecto del fotorejuvenecimiento mediante energía lumínica es prolongado y variable según cada persona influyendo factores hereditarios, hormonales (menopausia, embarazo, stress, etc) o de otra naturaleza. Por esta razón,

puede resultar necesaria la realización de alguna otra sesión para el mantenimiento del tratamiento. El costo de dichas sesiones no están incluidas en el tratamiento inicial.

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 suscribe .....DNI.....otorgo  
mi consentimiento al tratamiento propuesto por la Lic.  
.....MP.....

OBSERVACIONES.....  
.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Profesional

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
DNI