

CONSENTIMIENTO INFORMADO- CRIOLIPOLISIS

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 _____ domiciliada/o en _____
_____ 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 de criolipolisis es un procedimiento no invasivo que consiste en reducir la grasa acumulada en una determinada zona del cuerpo aplicando temperaturas bajo cero al tejido adiposo para congelar las células grasas que posteriormente serán eliminadas por vías naturales, a través de un panel que se aplica en el pliegue a tratar. Este procedimiento actúa únicamente sobre la grasa superficial reduciendo entre un 15 y 40% de la capa de grasa tratada y la cantidad de sesiones necesarias dependen de cada paciente.

Zona a tratar: _____

Cantidad de sesiones indicadas: _____

Riesgos

Enrojecimiento en la zona tratada que puede durar de minutos a un par de horas,

Alteraciones en la sensibilidad cutánea,

Posibilidad de estado febril de duración menor a 24 hs

Posible inflamación, lesión superficial en la piel por efecto de las congelaciones y excepcionalmente quemaduras.

Contraindicaciones:

Enfermedades relacionadas con el frío (crioglobulinemia, urticaria),

Estado de embarazo o lactancia,

Presencia de hernias en la zona a tratar,

Psoriasis activa, dermatitis, piel sensible o frágil,

Historia de infección recurrente en la piel,

Estado de inmunodepresión (HIV)

Patología maligna activa o reciente (cáncer), uso de drogas anticancerosas.

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

Indicaciones:

He comprendido todas las explicaciones que se me han facilitado en el 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 N° _____ otorgo mi consentimiento al tratamiento propuesto por la Lic. _____ MP _____

Firma del Paciente _____ Firma y sello del Profesional _____

Aclaracion _____

DNI _____