



Consentimiento Informado Para
Tratamiento De Lesiones
Vasculares, Acné Y Rosácea Con
Láser Y/O Luz Pulsada

Consentimiento Informado Para Tratamiento De Lesiones Vasculares, Acné Y Rosácea Con Láser Y/O Luz Pulsada

Consentimiento Informado Para Tratamiento De Lesiones Vasculares, Acné Y Rosácea Con Láser Y/O Luz Pulsada

Mi hipótesis diagnóstica es:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del Paciente).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:.....

Ciudad:..... Comuna.....

Fecha del consentimiento: Hora:.....

Sr. /Sra. (es):.....
(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con Domicilio en:

Ciudad: Comuna:.....

En calidad de:.....
(Representante legal o familiar responsable)

DECLARO:

Que: El / La Dr (a) :

Me ha explicado que es conveniente proceder, en mi situación, al tratamiento de:
LESIONES VASCULARES, ACNÉ Y ROSÁCEA

INFORMACIÓN

He sido ampliamente informado acerca de la naturaleza y objetivos de la intervención, sus riesgos, beneficios y las alternativas u opciones posibles para lograr la finalidad buscada. Reconozco que no se me han dado garantías ni seguridades respecto a los resultados que se esperan.

He recibido la información, tanto verbal como escrita, en términos comprensibles para mí.

Se me ha explicado especialmente:

- La finalidad del tratamiento es provocar la destrucción de vasos sanguíneos aumentados en calibre y número.
- Es un tratamiento que puede necesitar varias sesiones con un intervalo de 6 a 8 semanas.
- No es posible al comienzo del tratamiento determinar el número total de sesiones necesarias.
- El efecto favorable obtenido en la gran mayoría de los casos no es definitivo, de modo que requiere sesiones de mantención.
- Comprendo que los impactos de láser con desagradables pero no dolorosos y, generalmente, no requieren el uso de anestésicos, excepto en caso de niños.

He sido informado que después de la aplicación de láser o luz pulsada aparecerá inmediatamente un color púrpura que llegará a ser rojo o marrón en los días siguientes y que desaparece aproximadamente en dos semanas, pudiendo ser disimulado con un maquillaje adecuado. Raramente, pueden producirse costras finas que desaparecerán espontáneamente en algunos días.

En mi caso particular, se me ha advertido sobre:

.....

En mi caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado aunque pueden existir otras alternativas que he tenido la oportunidad de comentar con el médico. También he sido informado de las posibles consecuencias de no realizar el tratamiento que se me propone.

Entiendo que durante el curso del tratamiento, o con posterioridad al mismo, pueden presentarse condiciones imprevistas que impliquen procedimientos diferentes a los aquí referidos.

Por ello consiento expresamente y solicito la utilización de técnicas y la realización de procedimientos que juzguen necesarios

(Se incluyen estudios anatomopatológicos, medicamentos, etc.)

Con posterioridad al tratamiento me comprometo a seguir las pautas, consultas y cuidados que se me han indicado.

He comprendido las explicaciones que se me han dado en un lenguaje claro y sencillo y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. Por ello manifiesto que estoy conforme con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.



He sido también informado de la posibilidad de revocar por escrito y en cualquier momento este consentimiento.

Doy fe de no haber omitido o alterado ningún dato al exponer mis antecedentes clínicos y quirúrgicos. Ningún miembro del equipo médico ha hecho promesas o dado garantías relativas al éxito y efectividad del procedimiento.

Estoy de acuerdo en pagar los aranceles presupuestados y entiendo que no son reembolsables.

No estoy bajo la influencia de ningún sedante. Tengo la mente clara y comprendo la naturaleza del procedimiento y los posibles riesgos asociados.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSIENTO que se me realice el tratamiento de:
LESIONES VASCULARES, ACNÉ Y ROSÁCEA

Firma: El/ la Médico:.....

RUT:.....

Firma Paciente Sr/Sra.:.....

RUT:.....

Firma: El representante legal o familiar responsable:

RUT:.....

REVOCACIÓN

Sr. /Sra.:.....

(Nombre y dos Apellidos del Paciente)

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad:..... Comuna:

Sr./Sra.....

(Nombre y dos Apellidos del representante legal o familiar responsable).

Rut: Edad:.....

Con domicilio en:

Ciudad: Comuna:

En calidad de:.....

(Representante legal o familiar responsable).

REVOCO el consentimiento presto en fecha.....Hora:.....

y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En.....

(Lugar / fecha /Hora)

Firma del Médico: Rut:.....

Firma del Paciente:..... Rut:.....

Firma del representante legal:..... Rut:.....

(Representante legal o familiar responsable).