



Consentimiento Informado para
Tratamiento de Tatuajes con Láser

Consentimiento Informado para Tratamiento de Tatuajes con Láser

Consentimiento Informado para Tratamiento de Tatuajes con Láser

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 **TATUAJES CON LÁSER**

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:

- El objetivo de la técnica consiste en provocar por un fenómeno fotoacústico la destrucción de partículas de pigmento incluidos en la piel.
- Se me ha informado que es un tratamiento prolongado que necesita muchas sesiones con un intervalo de dos meses entre cada una de ellas en la misma zona.
- Comprendo que no es posible prever el número total de aplicaciones.
- Se me ha informado que se requiere mayor número de sesiones para tatuajes profesionales y que los colores que mejor responden al tratamiento son los oscuros como negro, café y azul .El verde, amarillo y los fluorescentes es posible que nunca se eliminen.
- Pese a que el equipo láser utilizado en mi tratamiento es reconocido como uno de los más eficaces del mercado, no hay garantías de un resultado total y perfecto.
- He sido advertido de que los impactos de láser son desagradables y a veces dolorosos y pueden requerir del uso de anestésicos tópicos o aplicación de hielo.
- Se me ha informado que luego del paso de rayo láser en la zona tratada se observará un blanqueamiento de la piel o un leve sangramiento, seguido de aparición de costras que caerán en aproximadamente dos semanas, desapareciendo luego una cierta proporción del pigmento del tatuaje.
- Comprendo que pese a una adecuada técnica, existe el riesgo de cicatriz, leve modificación de la superficie de la piel en el lugar del tatuaje, alteraciones de la pigmentación da piel, quemaduras, erupciones acneiformes, híper o hipopigmentación.
- Se me ha explicado que el tratamiento se realiza de forma ambulatoria y me han sido dadas todas las recomendaciones previas.
- Se me ha prohibido tomar sol antes y después de cada sesión y se me ha indicado el uso diario de protección solar.
- Se me ha interrogado sobre mis antecedentes personales de alergias a medicamentos, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicamentos actuales, antecedentes de herpes, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia que puede interferir en el tratamiento.

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 se juzguen necesarios (se incluyen estudios Anatomopatológico, 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
TATUAJES CON LÁSER

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).