



Consentimiento Informado Para
Depilación Láser Y Foto Depilación

Consentimiento Informado Para Depilación Láser Y Fotodepilación

Consentimiento Informado Para Depilación Láser Y Fotodepilación

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:
DEPILACIÓN LÁSER Y FOTODEPILACIÓN

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.

El objetivo de la técnica consiste en destruir el pelo vello corporal mediante la fotodepilación que abarca la depilación con láser y/o luz pulsada, disponiendo en la clínica de ambas máquinas con la intención de combinarlas si es necesario para que el tratamiento sea realmente efectivo.

El médico me ha informado que durante el tratamiento de fotodepilación puede ser necesaria administración de anestesia tópica de cuyos riesgos estoy al tanto y que consiento aunque no requiera ningún tipo de prueba previa.

El tratamiento consiste en destruir la raíz del pelo mediante un haz de luz (depilación láser o luz pulsada) y que tiene una especial afinidad por los melanocitos, está indicado para pelo y vello café o negro y algo menos para pelo rubio o rojo. Puede ser necesaria la repetición del tratamiento para conseguir los mejores resultados. El número de sesiones varía en función del tipo de vello y pelo, sexo y cantidad.

Las zonas a tratar son:

.....

Comprendo que a pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como quemaduras, erupciones acneiformes, híper o hipopigmentación en la zona tratada que suelen ser transitorias.

- Se me ha explicado que el tratamiento se realiza de forma ambulatoria y me han dado 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 facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me han permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

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

Y en tales condiciones.

CONSENTIMIENTO

CONSENTO que se me realice el tratamiento de:

DEPILACIÓN LÁSER Y FOTODEPILACIÓN

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).