



CONSENTIMIENTO INFORMADO

IPL - ERBIUM y NdYAG



*Rote la pantalla del dispositivo
para leer cómodamente*

CONSENTIMIENTO INFORMADO

IPL - ERBIUM y NdYAG

Yo, en nombre del paciente identificado como aparece en el encabezado de la versión digital de este documento para firma electrónica, declaro que el doctor(a) de quien recibo la atención de mi actual condición estética y/o de salud cuyo nombre aparece al final de este documento me ha explicado que me beneficio del procedimiento de **APLICACIÓN DE LUZ DEL EQUIPO M22 TIPO IPL Y/O TERAPIA LÁSER** para el tratamiento de mi condición.

He sido informado que el tratamiento consiste en aplicación de luz de alta intensidad en los sitios de la piel a tratar, que esta luz transmite energía que quema ciertas células en capas específicas de la piel y/o vasos sanguíneos superficiales, lo cual produce una renovación celular para lograr una piel más sana, o quema vasos sanguíneos muy pequeños y superficiales, disminuyendo manchas, arrugas y lesiones enrojecidas.

Me han explicado que este tratamiento puede causar un poco de dolor al momento de aplicación del disparo de luz y también posterior a éste, como sensación de quemadura por el sol, de duración aproximada de una hora.

Me han explicado claramente que es posible que además aparezcan unas pequeñas costras en el sitio de aplicación, las cuales pueden demorarse entre 5 y 10 días en desaparecer y es importante no manipular ni tocar, porque podrían producirse cicatrices.

También se me puede enrojecer e inflamar temporalmente el sitio de aplicación de luz, fenómeno que es transitorio. En raras ocasiones

se producen moretones, y pueden durar hasta 2 semanas. Entiendo que los resultados pueden variar con cada individuo y reconozco que es imposible predecir cómo voy a responder al tratamiento y cuántas sesiones se requerirán.

Seguimiento fotográfico

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías con el propósito de documentar mi progreso y mi respuesta al tratamiento y que estas fotografías se mantienen únicamente en mi expediente médico.

Riesgos

Entiendo que hay una posibilidad poco frecuente de efectos secundarios o complicaciones graves, incluyendo decoloración permanente y cicatrices. Soy consciente de que el cumplimiento estricto de todas las instrucciones aconsejadas ayudará a reducir esta posibilidad. La exposición al sol o el bronceado de cualquier tipo no es una práctica aprobada en las instrucciones pre y/o poscuidado y pueden aumentar la posibilidad de complicaciones permanentes.

Contraindicaciones

Entiendo con claridad que no me pueden realizar el procedimiento si presento las siguientes condiciones:

- Infecciones activas.
- Nevus displásicos.
- Tatuajes.
- Afecciones cutáneas importantes concurrentes o cualquier afección cutánea inflamatoria.

- Lesiones cutáneas activas, laceraciones abiertas, abrasiones o heridas.
- Patologías crónicas o cutáneas de tipo vírico, bacterianas o fúngicas.
- Exposición al sol o bronceado artificial durante las 3 o 4 semanas previas al tratamiento.
- Antecedentes o una afección concurrente de cáncer cutáneo o lesiones precancerosas en las zonas de tratamiento.

Mi firma certifica que he leído y comprendido debidamente el contenido de este formulario de consentimiento informado y que recibí la información precisa en cuanto a mi condición de salud. Por la presente doy mi consentimiento libremente al tratamiento de la piel M22™. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y han sido explicadas en forma clara y concisa. Entiendo que tengo el derecho a rehusarme simplemente no asistiendo a las sesiones siguientes programadas.

OBSERVACIONES

1. Cuando el paciente no tenga capacidad legal o mental para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de lo contenido en el presente documento se entienden hechas por la persona responsable que lo representa.
2. El presente documento se encuentra en una plataforma digital para su firma electrónica. Al paciente o tutor legalmente constituido se le entrega este texto para que lo lea previamente al procedimiento y el día de la cirugía o unos días antes lo debe firmar mediante mecanismo electrónico.

3. La ausencia de firma implícitamente interpreta como disenso a realizarse el procedimiento descrito en este documento, por tanto es obligatorio firmarlo si el paciente efectivamente acepta los riesgos y condiciones mencionados para poder hacer el procedimiento.
4. El personal de la Clínica le dará indicaciones sobre cómo realizar el registro de firma electrónica mediante dispositivo y softwares diseñados para tal fin.



CONECTÉMONOS
Clic en el ícono





Cuidamos el planeta a través de pequeñas cosas:
no imprimimos documentos sin ser necesario.

PBX: (604) 444 3527 Ext. 121

Procedimientos o cirugías: 315 361 6676

Retiro de puntos: 316 442 5515

Programación consulta: 305 291 2287 - 323 225 2247

Cra. 46 #7-12 y Calle 7 #45-29

Patio Bonito – Poblado, Medellín, Colombia

info@clinicaaurora.co - programacioncirugia@clinicaaurora.co

www.clinicaaurora.com.co / virtual.clinicaaurora.com.co