

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEPILACION

En _____ el _____ de _____ de _____

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____ Ciudad _____

Teléfonos _____ Cédula _____

Dra. **ISABEL ANDRADE** me ha informado sobre el tratamiento de depilación láser y conozco que la naturaleza del mismo produce un calentamiento selectivo del folículo piloso que conduce a su destrucción sin afectar a los tejidos circuncidantes. Se me ha informado de que la depilación completa de una zona se puede conseguir en cinco-seis sesiones, aunque en función del tipo de piel, pelo y de la zona tratada, pueden ser necesarias más. He sido informado igualmente y conozco que durante la duración del tratamiento existe una cantidad de pelo en reposo, de manera que nunca se consigue eliminar la totalidad del pelo. Las sesiones se separan por períodos de alrededor de seis semanas.

El tratamiento normalmente es poco molesto y no suele presentar complicaciones, pero entiendo la posibilidad de efectos secundarios que se producen raramente, como la aparición de zonas de híper o hipopigmentación transitoria, quemaduras, que suelen ser transitorias, púrpuras cicatrices y erupciones acneiformes, así como efectos térmicos pasajeros como enrojecimiento, eritemas, quemazón leve, hematomas temporales y decoloración transitoria de la piel.

La duración del efecto de la depilación mediante energía lumínica, según los estudios hasta el momento existentes, es prolongada y variable según cada persona, ya que a lo largo del tiempo se pueden activar nuevos folículos, debido a factores hereditarios u hormonales (menopausia, embarazo, tratamientos hormonales, estrés, etc.).

Se me han advertido todas las contraindicaciones para la realización del tratamiento, tales como: herpes simple, dermatitis, tratamientos médicos fotosensibilizantes, embarazo o lactancia, diabetes y tener un historial de cicatrices queloides o procesos malignos, tales como: fiebre, tratamiento oncológico, melanomas, verrugas, lupus. También está contraindicada una reciente exposición al sol o si se planea dicha exposición. Además se me ha informado de que debo comunicar al personal del centro el consumo de cualquier sustancia farmacológica y el cambio de mi estado basal (embarazo, enfermedad, alergia...). Esta desaconsejado, igualmente, en pieles muy broceadas o que acaben de recibir rayos U.V.A., aumentando en estos casos el riesgo de quemaduras, así como realizar cualquier tipo de exfoliación o peelings una semana antes de recibir el tratamiento. Algunas enfermedades como la psoriasis, pueden ser activadas con el tratamiento, en caso de esta patología mejora con el número de sesiones por la regeneración celular.

Se me ha informado que después del tratamiento es normal que la zona presente un eritema o edema normalmente ligero e incluso puede que aparezca alguna ampolla, pero estos efectos, por lo general, irán remitiendo a las pocas horas, aunque en algún caso pudieran llegar a ser más persistentes.

No obstante, en un tratamiento con luz de alta intensidad nunca se debe descartar el riesgo de que en la zona tratada pudiera aparecer alguna quemadura de primer o segundo grado. Sobre todo, el riesgo es mayor en las pieles oscuras o que hayan estado expuestas al sol recientemente y presenta una alta concentración de melanina. También puede aparecer algún cambio pigmentario (hipopigmentación o hiperpigmentación) que por lo general siempre ha sido transitorio y tratado adecuadamente remite al poco tiempo.

Me comprometo a seguir las instrucciones para antes, durante y después del tratamiento. Es mi responsabilidad el cumplimiento de las medidas de fotoprotección recomendadas, especialmente el evitar completamente la exposición de las zonas tratadas al sol y a las radiaciones UVA durante un periodo 5 días antes y después del tratamiento (aunque es recomendable evitarla 4 semanas antes del tratamiento en fototipos I - III y 8 semanas en fototipos IV a VI) y la de hidratar la piel en profundidad con la crema post-laser durante todo el tratamiento, entendiendo que ello facilitará la evolución del tratamiento. Se me ha informado de los pasos a seguir, tales como evitar el uso de maquillajes sobre la cara y la prohibición de depilar con cera o pinzas las zonas entre sesiones, mientras dure el tratamiento.

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínicos, quirúrgicos, especialmente los referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

Autorizo a que se me practiquen fotografías de la zona tratada que puedan ser utilizadas con fines científicos, entendiendo que su uso no constituya ninguna violación a la intimidad o confidencialidad, a las que tengo derecho. Comprendo que el resultado pueda no ser el esperado por mí. Reconozco que no se me ha dado en absoluto tal garantía, siendo la finalidad del mismo una mejora substancial. Se me ha informado, igualmente, de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

El tratamiento se dará por terminado en caso de no ser constante y no asistir a dos citas seguidas (4 meses), caso contrario se considerará como un retoque y se cobrará el valor correspondiente.

Doctor

Firma del paciente