

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS
PEELING QUÍMICO

NOMBRE DEL PACIENTE
RUT..... **EDAD**..... **FECHA**...

De acuerdo a lo solicitado por mi **Médico U Odontólogo** tratante declaro estar en conocimiento que debo realizarme el procedimiento de:

.....

El peeling Químico se realizan hace muchos años para tratar diversas alteraciones de la piel, como para promover la renovación celular y así obtener una piel mas uniforme y brillante, ayudándonos a contraer poros , Controlar lesiones de acné leve a moderado, cicatrices superficiales causadas por acné, aclarar manchas y atenuar arrugas o líneas de expresión.
Los efectos que se pueden sentir durante la sesión no debe llegar al dolor. Puedes notar un poco de escozor , quemazón o una especie de calor durante los primeros minutos y después de unos minutos debiera bajar la intensidad .

Algunas Veces es posible observar después del procedimiento efectos secundarios en la piel como: rojeces, hipersensibilidad, sensación de calor local, picazón, desecamiento y descamación. Es lo que se espera después del tratamiento ya que la piel reacciona momentáneamente al químico es pos con el objetivo de recambio celular. Los síntomas pueden durar de 24 a 72 o incluso más tiempo dependiendo de cada tipo la piel.

Son contraindicaciones y por ende, deben ser excluidos del tratamiento: pacientes con tratamiento contra el acné (roacutan, isotretinoína los últimos 6-3 meses o con previa autorización médica) embarazo y periodo de lactancia, pacientes con algún tratamiento hormonal, pacientes con tratamiento en curso, heridas o infecciones de la piel (esperar que sanen completamente para poder realizar el tratamiento) zona a tratar estados febriles , medicamentos fotosensibilizantes, problemas de cicatrización, descamación de la piel, historia de herpes, intervenciones quirúrgicas en zona a tratar, verrugas planas, dermatitis seborreica, procesos inflamatorios, exposición solar intensa reciente o futura cercana.

Dentro de los riesgos de peeling químico se debe considerar cambios en ; cicatrices: generalmente se puede localizar en la parte inferior del rostro, costras y escamas: pueden aparecer durante el proceso de recuperación; se suelen caer pasado el tiempo de reposo . pérdida de sensibilidad, atrofia cutánea, eritema prolongado o prurito , cambios en la textura de la piel, hinchazón edema especialmente alrededor de los ojos.

Siga las siguientes Instrucciones:

-Inmediatamente después del tratamiento de peeling químico puede experimentar sequedad en la piel que puede ir desde una tirantez a una descamación.

-Se debe evitar la exposición en forma directa al sol , después de realizado el tratamiento de peeling químico(en caso de que tengas previsto una exposición solar intensa es mejor posponer o evitar el procedimiento) utilizar en forma diaria bloqueador solar 50+ cada 3 horas aunque sea en época de invierno y solo hidratar la piel con productos hipoalergénicos.

Beneficios :En unos días la piel esta renovada y adquiere un color mucho más uniforme , suave y más saludable, también se puede apreciar una mayor suavidad ,atenuar líneas de expresiones , atenuar manchas y cicatrices .

Se considera un protocolo de seguimiento en el tratamiento de peeling, para lo cual consiento ser fotografiado antes, durante y después del tratamiento y autorizo su uso anónimo con fines de formación, revistas y promoción médica o educacional.

Certifico que he sido plenamente informado(a) de la naturaleza y finalidad del procedimiento, los resultados esperados y las posibles complicaciones, y entiendo que no puede darse ninguna garantía hasta obtenerse el resultado final. Soy plenamente consciente de que mi afección es de interés estético y que la decisión de seguir adelante se basa únicamente en mi deseo expreso de hacerlo.

Confirmando que he informado al personal sobre cualquier afección, enfermedad o medicación actual o pasada.

Certifico que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que he leído y entiendo completamente los contenidos de este formulario de consentimiento

“He leído y entiendo este consentimiento, y solicito que el procedimiento me sea aplicado”

FIRMA DEL PACIENTE: _____

FIRMA DEL PROFESIONAL: _____

Entiendo que este CONSENTIMIENTO puede ser revocado, por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento, aunque ya exista firma de autorización al procedimiento, por lo cual actuó bajo mi derecho de desistir.

REVOCACIÓN:

Sr.(a): _____

Rut: _____

Fecha: _____

NOMBRE DEL PADRE / MADRE / CÓNYUGE / TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL QUE DA EL PRESENTE CONSENTIMIENTO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD O INHABILITADOS LEGALMENTE.

NOMBRE DEL REPRESENTANTE: _____

RUT DEL REPRESENTANTE: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE: _____

FIRMADO EN SANTIAGO, A LOS _____ DIAS DEL MES DE _____ AÑO _____