

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS CON**  
**LÁSER Q-SWITCHED ND/YAG**

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

De acuerdo a lo sugerido por el Dr....., declaro estar en conocimiento que debo realizarme el tratamiento de: lesiones pigmentadas/tatuajes oscuros/ otros:.....

**Descripción:**

**Láser versátil** que permite personalizar cada tratamiento en función del tipo de lesión a tratar.

La duración del tratamiento está condicionado por las características del tatuaje o la lesión en cuestión. Las sesiones se realizan en intervalos de unas 6 o 8 semanas y duran de 15 a 30 minutos. Durante el procedimiento, según la lesión a tratar, el pulso láser puede sentirse como el golpe de una banda de goma contra la piel, lo que se puede utilizar anestesia local o alguna especie de aire frío.

Este tipo de láser tiene la gran virtud de emitir una gran cantidad de energía lumínica en un periodo de tiempo muy breve (fracciones de segundo), por lo que penetra en la piel como si fuera transparente, sin dañarla.

Inmediatamente después de la exposición al láser, la piel adquiere una tonalidad blanquecina e inflamada, para adquirir, a los pocos minutos, un tono rojizo o sanguinolento, que desaparece entre los 30 o 60 minutos posteriores. Después de 6 a 7 días aparecen costras que irán cayendo poco a poco, hasta los 10 a 12 días.

Se utiliza para:

- **Lunares** (nevus de Ota, nevus de Ito)
- **Lentigos solares**
- **Eliminación de tatuajes**
- **Manchas**

Leer y completar:

Tipo de piel en la zona de tratamiento;	I	II	III	IV	VI
Embarazo o posibilidad de embarazo, posparto o lactancia			NO	SI	
Exposición al sol natural o artificial en las últimas 4-6 semanas previas a la operación planificada			NO	SI	
Aplicación de autobronceante en las últimas 2-3 semanas previas a la operación planificada			NO	SI	
Preparación de hierbas fotosensibles (hierba de San Juan, el Ginkgo Biloba, etc...)			NO	SI: _____	
Condiciones inflamatorias de la piel (dermatitis, acné activo, etc...)			NO	SI: _____	
Presencia o antecedentes de herpes labial activo o virus del herpes simple			NO	SI	
VIH			NO	SI	
Cáncer activo (actualmente en quimioterapia o radiación)			NO	SI	
Historial de cáncer de piel			NO	SI	
Historia clínica de queloides			NO	SI	
Uso de isotretinoína en el último año			NO	SI	
Historial médico de enfermedades isomórficas de Koebnerizing (vitiligo, psoriasis).			NO	SI	
Condiciones inmunodepresoras (por ejemplo: la diabetes no controlada)			NO	SI	
Coagulopatías hemorrágicas o uso de anticoagulantes			NO	SI: _____	
Sales de oro (como parte del tratamiento de la artritis reumatoide)			NO	SI	
Presencia de tatuajes dobles (tatuajes de camuflaje sobre un primer tatuaje no deseado)			NO	SI	
Alergias conocidas			NO	SI: _____	
Lista de medicamentos actuales adicionales tomados:					

Mi firma certifica que he leído y comprendido debidamente el contenido de este formulario de consentimiento informado y que he proporcionado información

precisa sobre mi salud. Por la presente doy libremente mi consentimiento para el tratamiento láser Q-switched Nd:YAG