

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS

ULTRAFORMER III

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:

.....

Entiendo que ULTRAFORMER III, es un dispositivo que se utiliza para el tratamiento no invasivo de tensado facial, cuello y corporal para el cual consiento ser un paciente para recibir el tratamiento.

Entiendo que los resultados clínicos pueden variar dependiendo de factores individuales, incluidos pero no limitados a los antecedentes, el tipo de piel, el cumplimiento del/la paciente con las instrucciones previas y posteriores al tratamiento y la respuesta personal al tratamiento.

Son contraindicaciones y por ende, deben ser excluidos del tratamiento, pacientes portadores de marcapaso, desfibrilador, DIU (dispositivo intrauterino de cobre) y pacientes que cursen alguna de las siguientes enfermedades o estados: colagenopatías (lupus eritematoso, esclerodermia, polidermatomiositis), trastornos hemorrágicos, embarazo, período de lactancia (6 meses post parto), epilepsia, pacientes oncológicos con tratamiento en curso, infecciones o heridas de la piel, herpes en la zona a tratar y estados febriles.

Entiendo que existe la posibilidad de efectos leves y a corto plazo naturales, como enrojecimiento, hinchazón, hormigueo o sensibilidad al tacto, además de la posibilidad de efectos secundarios poco frecuentes como hematomas, dolor, cicatrices, entre otros. Se me han explicado estos efectos por completo.

Entiendo que el tratamiento con Ultraformer III implica una serie de sesiones y que se me han explicado las tarifas por completo.

Certifico que he sido plenamente informado de la naturaleza y la 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.

Consiento que me hagan fotografías antes, durante y después del tratamiento y autorizo su uso anónimo con fines de formación, revistas científicas y promoción médica o educativa.

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

“Se me ha explicado en qué consiste el procedimiento con Ultraformer III, entiendo que así como puedo obtener beneficios al someterme a este tratamiento, también pueden existir riesgos asociados al mismo.

Confirmando no padecer alguna de las patologías que se me ha señalado anteriormente y que son criterio de exclusión al tratamiento, o estar cursando un embarazo o en busca del mismo.

Mis preguntas respecto al tratamiento, sus alternativas, complicaciones y riesgos han sido contestadas por el tratante y/ o algún integrante de su equipo”.

“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 actué bajo mi derecho de desistir.

REVOCAACION:

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 _____