

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS**

**DEPILACION LASER LIGHTSHEER**

**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 LightSheer, es un equipo Láser Diodo no invasivo, indicado para la reducción progresiva del vello facial y/o corporal, así también para el tratamiento de la foliculitis. para el cual consiento ser un paciente para recibir el tratamiento.

Entiendo que los resultados clínicos pueden variar dependiendo de factores individuales; como la historia clínica del/la paciente, el tipo de piel, zona tratada, la tolerancia al dolor, alteraciones hormonales, medicamentos, coloración del vello, el cumplimiento del/la paciente de las instrucciones previas y posteriores al tratamiento y la respuesta personal al tratamiento.

Son contraindicaciones absolutas y por ende, deben ser excluidos del tratamiento, pacientes que cursen alguna de las siguientes enfermedades autoinmunes ; esclerodermia, lupus eritematoso, VIH. Así como también trastornos hemorrágicos, coagulopatías, uso crónico de anticoagulantes y tratamientos antiacnéicos (isotretinoína los últimos 6 meses) y antibióticos; embarazo y periodo de lactancia (6 meses post parto), pacientes oncológicos con tratamiento en curso, infecciones o heridas de la piel, herpes en la zona a tratar e infecciones virales y estados febriles. También constituyen contraindicaciones relativas, el tratamiento con medicamentos fotosensibilizantes, pieles con eritema solar, descamación, o muy bronceadas, la historia de herpes, queloides y cicatrices pigmentadas, diabetes , tatuajes y hematomas. Estas condiciones quedarán a evaluación de su tratante.

Entiendo que existe la posibilidad de efectos leves y a corto plazo naturales, como molestias localizadas, enrojecimiento de la piel, hinchazón, picazón, sensibilidad al tacto, además de efectos secundarios poco frecuentes como, ampollas, cicatrices, discromias (cambios en la coloración de la piel), entre otros. se me han explicado estos efectos por completo.

Entiendo que el tratamiento de Depilación Láser LightSheer implica una serie de sesiones y que me han explicado las tarifas por completo y me comprometo a seguir las instrucciones de mi tratante.

Entiendo que el tratamiento de Depilación Láser LightSheer, requiere un plan de mantención luego de finalizado el programa inicial, así como también la posible extensión de tratamiento, con el abono correspondiente a cada caso.

Entiendo que al ingresar a un protocolo de tratamiento LightSheer, debo abandonar por completo el uso de métodos de depilación de raíz como ceras calientes o frías, pinzas, máquinas eléctricas, hilos, etc. al menos 30 días antes de la primera sesión y durante todo el tiempo que dure el

tratamiento. Solo están permitidos el uso de rasuradoras en húmedo o cremas depilatorias. El no cumplimiento de esta indicación afectará directamente los resultados finales del programa de depilación. El centro no cuenta con rasuradoras, por lo que debo presentarme bien rasurado(a). De no cumplirse esta indicación, se puede reagendar la sesión.

El área tratada debe ser protegida de la exposición solar o cualquier tipo de radiación ultravioleta con Factor de Protección Solar 50 (FPS50+), cada 4 horas por un periodo mínimo de 15 días después de realizada la sesión. Me comprometo de a la aplicación de este para así evitar posibles discromías.

Se considera un protocolo de seguimiento en el tratamiento de Depilación Láser, 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 entendido completamente los contenidos de este formulario de consentimiento.

*"Se me ha explicado en qué consiste el procedimiento con LightSheer, 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 han 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.

**REVOCACION:**

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 \_\_\_\_\_