**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO(S)**

NOMBRE DEL CLIENTE:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Posibles métodos de tratamiento: depilación láser, de reducción de la vena de araña láser, facial químico, Estiramiento de la piel, eliminación de manchas solares o de edad, eliminación hemangiomas rojos, tratamiento de hongos en las uñas, otros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sitios posibles a tratar incluyen pero no se limitan a: Cejas, labios, barbilla, cuello, cara, orejas, brazos, dedos, el pecho, la areola, abdominales, axilas, espalda, glúteos, bikini, los labios, el pene, el escroto, el área anal, muslos, piernas, pies y dedos de los pies.

***Los siguientes problemas pueden ocurrir con los tratamientos anteriores:***

1. Hay un riesgo de cicatrices.

2. Los efectos a corto plazo pueden incluir enrojecimiento, ardor leve, moretones temporales o ampollas. Hyper-pigmentación (oscurecimiento) y hipo-pigmentación (aclaramiento) también se han observado después del tratamiento. Estas condiciones suelen resolverse en un plazo de 3-6 meses, pero el cambio de color permanente es un riesgo raro. Evitar la exposición al sol antes y después del tratamiento reduce el riesgo de cambio de color.

3. Infecciones: Aunque la infección después del tratamiento es inusual, infecciones bacterianas, fúngicas y virales puede ocurrir. Infecciones de virus Herpes simple alrededor de la boca pueden ocurrir después de un tratamiento. Esto se aplica tanto a las personas con antecedentes de infecciones en el pasado e individuos sin antecedentes conocidos. Si se produce cualquier tipo de infección de la piel, los tratamientos adicionales o antibióticos médicos pueden ser necesarios.

4. Sangrado: Sangrado es poco frecuente, pero puede ocurrir después de los procedimientos de tratamiento. En caso de producirse sangrado, puede ser necesario el tratamiento adicional.

5. Reacciones alérgicas: En casos raros se ha reportado que puede haber alergias locales a la cinta tape o a los conservadores utilizados en los cosméticos o lo que los preparados tópicos contienen. Las reacciones sistémicas (que son más serios) pueden resultar de medicamentos recetados.

6. El cumplimiento de las instrucciones de cuidado posterior es crucial para la curación, prevención de la cicatrización, y la hiper-pigmentación.

También existe la posibilidad de que otros efectos secundarios o complicaciones que actualmente no son conocidos, reconocidos, o que se describe a usted ahora

o que ha entendido puede desarrollarlos ahora o en el futuro. Una serie de efectos secundarios, riesgos y complicaciones de vez en cuando pueden ser vistos. Estos incluyen, pero no se limitan a las siguientes complicaciones.

***Cada tratamiento, puede experimentar:***

• Picazón en o alrededor del área tratada • Hinchazón alrededor de la zona tratada

• Enrojecimiento alrededor del área tratada • Hormigueo o sensación de adormecimiento

***Los siguientes riesgos, efectos secundarios y las complicaciones son poco frecuentes, aunque sea temporal:***

• Purpura (moretones púrpura) • Infección (si se rasca o quita la costra en la zona tratada) • El cambio de color en la piel (hipo, hiper) • Costras / costra en los vellos encarnados • El nuevo crecimiento del vello tratado (dependiendo del método anterior de eliminación) • Imposibilidad de mejorar la "calidad de vida", apariencia antiestética inicial • Interrupción de la vida cotidiana, la rutina de trabajo, el hogar / la vida familiar o vida social.

**RECONOCIMIENTO:**

• Entiendo que no hay garantías de los tratamientos previstos.

• Mis preguntas sobre el procedimiento han sido respondidas satisfactoriamente.

• Entiendo el procedimiento y acepto los riesgos.

• Por la presente libero al especialista certificado láser (s),\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de todo compromiso u obligación asociados con el procedimiento indicado (s).

• Entiendo que la exposición de los ojos a la luz láser podría perjudicar mi visión. Tengo que mantener la protección de los ojos en absoluto en todo momento.

**Firma del Cliente / Tutor \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del Especialista Laser: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Director Medico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_