



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PROCEDIMIENTO DE SALUD DEPILACIÓN LÁSER
DE DIODO LIGHTSHEER DESIRE**

Junio 1 de 2018
Versión: 4
Cód.: SUH-FOR150
Página 1 de 2

SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN

Yo, _____ mayor de edad identificado(a) con CC PE PA
_____ actuando en nombre propio o como representante legal de
_____ identificado con TI RC _____.

Declaro: Que he acudido a consulta médica, que he discutido mi situación actual de salud, la naturaleza del procedimiento solicitado y recomendado, las perspectivas de éxito y los posibles riesgos y beneficios de dicho tratamiento con un profesional de la salud. Me han brindado también suficiente tiempo para hacer preguntas y/o aclarar dudas, las cuales confirmo que han sido despejadas satisfactoriamente. Por lo anterior apruebo el tratamiento de salud propuesto, consistente en depilación con Láser de diodo Lightsheer.

Área: _____

Diagnóstico: Hirsutismo Hipertrichosis Folliculitis Pseudofolliculitis Otro _____

Alternativas: Máquina de afeitar, depilador, cera, electrólisis, láseres: Alexandrita, YAG, Nd: YAG, Ruby

Se me ha advertido de los posibles efectos colaterales que incluyen y no están limitados a:

1. Después de la sesión puede presentarse un enrojecimiento leve o moderado o irritación que cede lentamente.
2. Ocasionalmente pueden surgir lesiones **vesicoampollosas** con posterior formación de costras.
3. En las lesiones pigmentadas se presenta oscurecimiento de la lesión, lo cual evoluciona con formación de costra que irá cayendo en el transcurso de una semana.
4. Eventualmente aparece **hiperpigmentaciones** más duraderas que irán cediendo con el tratamiento de salud.
5. Eventualmente se produce **hipopigmentación**, generalmente transitoria desapareciendo dentro de las primeras semanas y raramente en meses. Las pieles riesgo alto son las recién bronceadas y las de fototipo mayor de III.
6. En caso de estar bronceado(a) al momento de la sesión existe el riesgo de producir manchas claras y oscuras, en casos excepcionales esto puede ocurrir sin que exista bronceamiento las cuales desvanecerán con el tiempo.

Y de los siguientes **Riesgos Específicos** por mi condición particular: _____

Pronóstico, conducta:

1. La sesión es la aplicación del láser a través de una pieza de mano sobre el área a tratar durante 20-60 minutos o más.
2. Los estudios de investigación demostraron que en la gran mayoría de pacientes se reduce el 80% de los vellos y en un porcentaje reducido ocurre resurgimiento. La respuesta al tratamiento de salud es progresiva y lenta.
3. En el vello claro y delgado **NO** se consigue depilación permanente.
4. En el vello blanco y el rojo **NO** se obtiene ninguna respuesta.
5. En caso de estar diagnosticado con ovario poliquístico, endometriosis o consumir medicamentos que produce estimulación de vello, el paciente entiende que puede necesitar una o varias sesiones cada varios años para volver a dejar la zona depilada como lo requiere su tratamiento de salud.
6. El número de sesiones para la depilación de cualquier área, está sujeta a la condición individual por lo que no puede determinarse un número exacto.
7. La sesión la realiza personal asistencial bajo la supervisión y configuraciones de equipo que da el médico.
8. El intervalo entre sesiones dependerá de la evolución clínica y generalmente se realiza en un intervalo de 4-12 semanas.
9. Informo que **SI** **NO** soy paciente con **herpes recurrente**, para que el médico tome las medidas necesarias.
10. Informo que **SI** **NO** tomo **isotretinoína**, para que el médico tome las medidas necesarias.
11. En los menores de edad, debido a que su desarrollo hormonal sexual no se ha completado, la respuesta **NO ES PERMANENTE** y en caso de decidir realizarse debe ser autorizado por la persona responsable del menor. Cuando haya necesidad de reiniciar el tratamiento de salud entonces se evaluará el caso para establecer la tarifa a pagar.
12. Los hombres que presentan pelo en la espalda y el tórax suelen empezar a producir el pelo en torno a los 20 años y están en capacidad fisiológica de seguir "fabricando pelo nuevo" hasta aproximadamente los 50 años. Esto quiere decir que la densidad de pelos que presenta un hombre joven en su tronco **NO** es estable. Los varones que se depilan estas zonas, como tratamiento de salud, deben saber que pueden necesitar una o varias sesiones cada varios años para volver a dejar la zona depilada.
13. **EN CASO DE SER MUJER INFORMO QUE NO ME ENCUENTRO EMBARAZADA Y ME COMPROMETO A INFORMAR SI EN EL TRANCURSO DEL TRATAMIENTO ME EMBARAZO.**
14. **NO** me encuentro recién bronceado(a), como mínimo un mes sin exposición solar directa.
15. Autorizo que se use anestesia local y se me han explicado los riesgos y complicaciones de dicha anestesia.
16. Informo que no estoy consumiendo medicamentos fotosensibles.
17. Informo que no tengo desórdenes convulsivos estimulados por luz.
18. He sido informado adecuadamente sobre cómo actúa el Láser Lightsheer, los cuidados pre y pos aplicación y valores por área de interés.
19. Todos los tratamientos médicos están avalados por estudios científicos que demuestran la eficacia de los tratamientos de salud realizados. En muchos casos el efecto del tratamiento existe a nivel celular o en capas de profundidad de la piel y su efecto solo es observable clínicamente con el paso del tiempo y varía de paciente a paciente.
20. El autocuidado hace parte fundamental en el resultado del tratamiento realizado. El paciente es responsable en cumplir las recomendaciones informadas con especial atención a la restricción de exposición solar.
21. Acepto la toma de fotografías y videos solo para control y seguimiento del procedimiento para ser utilizadas solamente para fines científicos, siempre y cuando se me garantice el más absoluto respeto a mi intimidad y anonimato.
22. No acepto la toma de fotografías y así mismo renuncio a reclamación respecto al procedimiento, comprendiendo que el médico no tiene elementos para evaluación y seguimiento.
23. Al firmar acepto que he leído, comprendido la información escrita y que se me han aclarado todas las dudas, por lo tanto y en forma libre autorizo el tratamiento de salud.

Entiendo que la práctica médica no son ciencias exactas. Me han advertido que se realizará las intervenciones necesarias con la mayor diligencia y cuidado. También me ha informado de mi derecho a rechazar el tratamiento o revocar este consentimiento.

Firma del Paciente

Firma Acudiente Responsable

Pereira, D D / M M / A A

Rechazo el tratamiento y declaro que he sido ampliamente informado de las consecuencias de mi decisión.

Firma del Paciente

Firma Acudiente Responsable

Cuidados:

1. Evitar exposición solar directa o en el área tratada durante las dos semanas posteriores al tratamiento.
2. Uso de protector solar diariamente.
3. Mantener el tratamiento indicado por el médico.
4. Avisar oportunamente de cualquier cambio que no haya sido explicado.

Compromisos:

1. UDL da la alternativa de cancelar valor de sesión adicional de tarifas vigentes solo para los pacientes que:
 - Termine las sesiones de un **PROGRAMA**. Entiéndase por programa el pago anticipado de seis (6) sesiones de una misma área.
2. Acepto que en caso de presentarse cualquier complicación médica los costos como medicamentos, exámenes médicos, transporte, citas con otros especialistas, hospedaje, manutención y similares están en su totalidad a cargo del paciente y queda autorizado con la firma que realizo en este documento.
3. Tengo bien comprendido que la sede de la Unidad Dermatológica Láser está ubicada en la avenida Circunvalar #13-40 oficina 408 centro empresarial Uniplex en la ciudad de Pereira para cualquier revisión y/o procedimiento adicional.
4. Acepto que mi tratamiento de salud puede verse reprogramado para otras fechas en caso de que el insumo y/o equipo no se encuentre disponible por causas de fuerza mayor y no previstas.
5. En caso de suspensión y/o abandono del tratamiento de salud, con un pago anticipado se cobrará las sesiones de acuerdo a la tabla de tarifas, tal como si se lo hubiera pagado sesión por sesión, se reembolsará el valor restante y el paciente asume las consecuencias de su retiro voluntario.
6. Después de un año de suspensión y/o abandono, a partir de la última sesión realizada, no da lugar a reembolso.

Firma del Paciente