

## CONSENTIMIENTO INFORMADO LÁSER

Santiago, Chile.

Nombre: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

***Yo he sido informado y aclarado sobre los riesgos e inconvenientes que se pueden presentar, siendo estos:***

- i. **Daño en la retina:** la exposición directa de los ojos al haz de luz puede causar daño irreversible a la retina
- ii. **El resultado puede variar** dependiendo de sus hábitos de vida: alimentación, actividad física.
- iii. **Dolor:** si la intensidad es muy fuerte puede causar dolor, sobre todo es zonas más delicadas como cara, axila y rebaje, en el caso de la depilación.
- iv. **Eritema y/o edema transitorio de la Piel:** Es posible, que aparezca enrojecimiento de la piel en las zona a tratar con el cabezal del equipo. Muchas veces ello es debido a una previa fragilidad capilar y de los vasos sanguíneos superficiales del paciente, que no requiere tratamiento adicional y ceden espontáneamente.
- v. **Reacciones Alérgicas:** La aparición de irritaciones o foliculitis o infecciones es poco frecuente, y aparece siempre que la piel de la superficie corporal del paciente NO se encuentra indemne, libre de heridas o alteraciones.
- vi. **Quemaduras y Fotosensibilización de la piel:** Por manipulación de tejidos con ondas térmicas. Este tipo de complicación es muy rara, puede ocurrir en personas con alteraciones de la sensibilidad.

***Yo durante todo el tratamiento entregaré información verídica a fin de garantizar no poseer ninguna de estas condiciones:***

| CONTRAINDICACIONES                                                                   |                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Periodo Menstrual*                                                                   | Uso en ojos, garganta, oídos glotis.                                                                                 |
| Sitios con placas metálicas, siliconas                                               | Membranas mucosas como la boca; pezones.                                                                             |
| Sitios con aparatos eléctricos o metálicos:<br>Marcapasos, prótesis, pendientes, etc | Tratamiento largo con medicación, anticoagulante, antiinflamatoria, fragilidad capilar: <i>consulte a su médico.</i> |
| Epilépticos*                                                                         | Fármacos fotosensibles y retinoides                                                                                  |
| Dermatitis, inflamación.                                                             | Cancer y metastasis                                                                                                  |
| Heridas abiertas o puntos.                                                           | Alteraciones Mentales*                                                                                               |
| Flebitis, cirugía venosa, telangectasia.                                             | Clítoris                                                                                                             |
| Embarazo                                                                             | Lunares                                                                                                              |

|                                  |                                         |
|----------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>HTA, DM*</b>                  | <b>Tatuajes (en caso de depilación)</b> |
| <b>Equimosis*</b>                | <b>Albinos y canas</b>                  |
| <b>Fotosensibilidad a la luz</b> | <b>Bronceada</b>                        |

**\*Contraindicación relativa**

*“Yo comprendo y acepto que durante el procedimiento pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión del procedimiento original o por la realización de otro procedimiento no mencionado anteriormente. Al firmar este documento reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado, y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado instancias de formular preguntas y todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Acepto que el procedimiento ofrecido no es exacto, que tiene una efectividad hasta un 60-80% y los resultados varían dependiendo de cada persona, continuidad y adhesión a las indicaciones hechas por el tratante, también entiendo los riesgos que se pueden presentar. Entiendo que los procedimientos contratados comprometen una actividad programada en cantidad y de mutuo acuerdo. También comprendo y acepto que los cambios o cancelaciones de horas agendadas son con 24 hrs. de anticipación, si no aviso con anticipación, la sesión agendada se considera como realizada y debemos agendar la siguiente hora; que no se realiza devolución de dinero una vez tomado el tratamiento sea cual sea la circunstancia; También comprendo que no debo estar embarazada o en búsqueda de embarazo o alguna sospecha de estarlo al realizarme el tratamiento porque no habrá devolución del dinero y tampoco es transferible, por ultimo también comprendo que una vez pagado el tratamiento tengo hasta tres (3) meses para comenzar con el mismo y si me ausento por más de tres (3) meses una vez cancelado y comenzado el tratamiento, el mismo se toma como realizado completamente”.*

Comprendiendo estas limitaciones, doy mi consentimiento para la realización de todo el procedimiento y firmo a continuación con fecha:

Fecha:    /    /

Firma \_\_\_\_\_

## ANTECEDENTES PERSONALES

1. ¿Toma algún medicamento? (Marque con una X)    Si.                      No.

De responder que si, por favor escriba cuáles:

---

2. ¿Se ha realizado láser anteriormente? (Marque con una X)                      Si.                      No.

De responder que si, por favor escriba cuál:

---

3. ¿Tiene alguna enfermedad o condición hormonal? (Marque con una X)

Si.                      No.

De responder que si, por favor escriba cuáles:

---

4. ¿Su ciclo menstrual es regular? (Marque con una X)

Si.                      No.                      NA.

5. ¿Tiene tatuajes? (Marque con una X)                      Si.                      No.

De responder que si, especifique donde:

---

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Rut: \_\_\_\_\_

[illegible]

