

### **Consentimiento Informado para Depilación Médica con LASER**

*Vd. tiene derecho de ser informado acerca del posible tratamiento para mejorar el estado de su piel, y decidir aceptar el mismo después de conocer los beneficios esperados y posibles riesgos que conlleve.*

D/Dña....., domiciliado.....  
....., teléfono.....y DNI nº.....

#### **MANIFIESTO:**

Que he sido informado/a por el Dr. Carlos de la Torre Fraga, médico dermatólogo, en fecha...../...../..... del procedimiento de depilación por láser e igualmente de los beneficios que se esperan y del tipo de riesgos que comporta su realización (complicaciones más frecuentes), así como de las posibles alternativas a este procedimiento.

*1.-El objetivo de la técnica es ir destruyendo de manera secuencial controlada el pelo y vello corporal*

*2.- El médico me ha explicado que el procedimiento se realiza habitualmente con analgesia local por refrigeración. La sensación de la luz en la piel puede resultar incómoda, como la de un pinchazo con un alfiler o calor. Aunque normalmente no es necesaria anestesia, es electivo utilizar algún tipo de anestesia tópica (generalmente pomada anestésica tipo EMLA® o similar). Para proteger mis ojos de la intensa luz cubrirán mis ojos con un material opaco o usaré gafas de protección láser.*

*3.- El tratamiento consiste en destruir, mediante la emisión de una luz láser con especial afinidad por los melanocitos del folículo piloso, la raíz del pelo con un mínimo daño del tejido adyacente. Este procedimiento es de mayor eficacia cuanto más pigmentado sea el pelo a tratar. Comprendo que para obtener los mejores resultados es necesario un número de sesiones variable dependiendo del tipo de vello, su cantidad y su localización, que la respuesta del pelo más claro y fino es más pobre y que algunos pelos pueden no responder.*

*4.- Inmediatamente después del tratamiento el área puede enrojecer y haber edema que puede durar unas horas. A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor, vesículas o costras así como cambios de la pigmentación, en general pasajeros. De forma muy infrecuente puede producirse aumento del vello conocido como recrecimiento paradójico en el área periférica al tratamiento. No seguir las instrucciones o cuidar apropiadamente estas lesiones aumenta la posibilidad de marcas o cambios en la textura de la piel.*

*Consiento que se tomen fotografías durante el curso de mi terapia láser con fines de educación clínica y para tener una información de cómo evolucionan los resultados.*

*El médico me ha explicado que el tratamiento se realiza de forma ambulatoria. Se me han proporcionado las recomendaciones previas y se me ha advertido, prohibiéndomelo expresamente, que no debo exponerme al sol o rayos UVA antes y después de cada sesión y que debo usar protección solar.*

*5.- Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales son:*

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado y mis dudas han sido aclaradas satisfactoriamente. Sé que en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

#### **CONSIENTO:**

**Que se me realice tratamiento Láser de Depilación.**

-Por incapacidad o renuncia a la toma de decisión:

Nombre de la persona que autoriza (tutor legal o familiar)

con DNI.....y teléfono.....en calidad de.....

Firma del paciente o persona autorizada

Firma del facultativo