

## ***Consentimiento informado para tratamiento con LÁSER GENESIS***

Por la presente autorizo al **Dr. Carlos De la Torre** o a su colaborador/ayudante a que me realice el tratamiento no ablativo Láser Génesis en la piel. Entiendo que este tratamiento está indicado para mejorar el aspecto superficial de la piel dándole un aspecto más saludable y mejor presencia a través de la creación de una respuesta térmica en la dermis que estimula el nuevo colágeno. Entiendo que serán necesarias varias sesiones y que la mejoría en algunos casos puede ser discreta.

Soy consciente de las posibles sensaciones/riesgos asociados al tratamiento:

Se puede experimentar una cierta incomodidad durante el tratamiento. Puede aparecer rojez (eritema) o hinchazón (edema) en la zona tratada. También puede aparecer algún morado. Durante el proceso de recuperación, existe una ligera posibilidad de que la zona tratada pueda ponerse de color más claro (hipopigmentación) o más oscuro (hiperpigmentación) que la piel circundante. Esto es normalmente temporal, pero, en muy raras ocasiones, puede ser permanente.

En las zonas tratadas pueden aparecer quemaduras, ampollas o sangrado. Si apareciera cualquiera de ellas, por favor contacte con la clínica. La posibilidad de infección existe siempre que la superficie de la piel se rasgue, sin embargo, para evitarlo se debe extremar el cuidado de las heridas. Si aparecieran signos de infección, como dolor, calor, o rojez en la zona, por favor llame a la clínica, tel..... Raramente se forman cicatrices, pero esta posibilidad se presenta cuando se rompe la superficie de la piel. Para minimizar la posibilidad de que aparezcan cicatrices, es IMPORTANTE que usted siga cuidadosamente todas las instrucciones del post-tratamiento.

Se le proveerá con protectores oculares. Para proteger sus ojos de posibles daños, es importante que mantenga estos protectores durante todo el tratamiento.

Los puntos siguientes se han discutido conmigo:

- Los beneficios potenciales del tratamiento propuesto y las probabilidades de éxito
- Los posibles tratamientos alternativos, como cremas tópicas, microdermoabrasión o cirugía.
- Las consecuencias previsibles si no se lleva a cabo el tratamiento.
- Las complicaciones /riesgos más probables relacionados con el tratamiento y el periodo de recuperación posterior.

Para mujeres en edad fértil: Por mi firma posterior, indico que no estoy embarazada. De todos modos, me comprometo a informar al doctor si durante el tiempo de tratamiento quedo embarazada.

Se realizarán fotografías documentales. Autorizo..... No autorizo.... La utilización de mis fotografías con finalidad académica.

### **DECLARACIÓN:**

**POR MI FIRMA AQUÍ DEBAJO, CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y HE ENTENDIDO TOTALMENTE ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO LASER GENESIS Y QUE SE ME HA INFORMADO DE TODO SU CONTENIDO .**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona autorizada

\_\_\_\_\_  
Nombre/ Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha