



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO DESPIGMENTANTE PEELING QUIMICO

YO _____
C.C. _____

Autorizo a Skinlab by Medilaser SAS y su equipo multidisciplinario a realizarme tratamientos de despigmentación, blanqueamiento u aclaramiento corporal mediante peeling químico.

Entiendo que el procedimiento es electivo, que los resultados pueden variar con cada individuo y que pueden ser necesarios múltiples tratamientos.

Entiendo que:

No hay garantía de que se logren los resultados esperados. La empresa prestadora del servicio no es responsable del porcentaje de aclaramiento, su perdurabilidad ni la cantidad de sesiones requeridas por paciente, siempre se asesorará de acuerdo a cada caso particular de la mejor manera.

* El sol, la cama de bronceado/exposición a la lámpara de bronceado, el uso de cremas autobronceadoras, y el incumplimiento de las instrucciones posteriores al tratamiento que se me proporcionan pueden aumentar la posibilidad de complicaciones. Debo evitar el sol, las camas de bronceado y las lociones bronceadoras, y usar protector solar (se recomienda SPF45) después del tratamiento.

* Comprendo que no proporcionar mi historial médico antes de proceder con un tratamiento podría afectar en los resultados del tratamiento y causar posibles complicaciones.

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías, imágenes digitales y se usen para evaluar la efectividad del tratamiento, para la educación médica, instrucciones, publicaciones profesionales o para fines de ventas. No se usarán fotografías o imágenes digitales que revelen mi identidad sin mi consentimiento por escrito. Si mi identidad no es revelada, estas fotografías e imágenes digitales pueden ser usadas, compartidas y exhibidas públicamente sin mi permiso.

Antes y después del tratamiento, se han discutido conmigo las instrucciones. El procedimiento, los posibles beneficios y riesgos, y las opciones alternativas al tratamiento se han explicado para mi satisfacción. He leído y entendido toda la información que se me presenta antes de aceptar y autorizar el tratamiento. He obtenido respuesta a todas mis preguntas.

Doy mi consentimiento libremente para el tratamiento propuesto hoy, así como para tratamientos futuros según sea necesario. He comprendido que los resultados del tratamiento pueden ser variables según mi caso, que puedo requerir más del mínimo de sesiones (6), que debo informar cualquier reacción, alteración o duda que tenga de forma inmediata, que la despigmentación puede no ser permanente y es variable.

En caso tal de adquirir paquetes de despigmentación he sido informado@ sobre las políticas de devolución de dinero, agendamiento y cancelación de citas con mínimo 8 horas previas y pérdida de sesiones de paquete en caso tal de no informar tres inasistencias continuas.

Acepto las condiciones de paquetes y políticas de la empresa sobre este servicio. Me han sido informadas todas las cláusulas a través del contrato de servicios que he leído y firmado antes de iniciar mi tratamiento.

He leído y entendido toda la información que se me presenta antes de aceptar y autorizar el tratamiento. He obtenido respuesta a todas mis preguntas. Doy mi consentimiento libremente para el tratamiento propuesto hoy, así como para tratamientos futuros según sea necesario.

En caso de querer interponer quejas, reclamos o inconformidades se me informan los canales de comunicación disponibles para estos procedimientos.

He recibido las indicaciones previas y posteriores, así como el contrato de servicios adquirido, indicaciones sobre registro fotográfico y posibilidad de contar con valoraciones periódicas por parte del equipo médico de Skinlaserlab.

DESCRIPCION TRATAMIENTO PEELING QUIMICO

1. El objetivo de la técnica es eliminar las capas más superficiales de la piel mediante la aplicación de un agente químico, lo que se obtiene produciendo una ligera quemadura y su consecuente reepitelización.

Pueden utilizarse diversos agentes químicos como AHA, resorcina, solución de Jessner, ácido salicílico, entre otros.

2.El Profesional me ha explicado que para obtener mejores resultados puede ser conveniente la repetición del tratamiento.

3. Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos secundarios, como ardor, escozor, escarchado, eritema, descamación leve, erupciones acneiformes, hiper o hipopigmentaciones en la zona tratada.

El Profesional me ha advertido, prohibiéndomelo expresamente, que no debo exponerme al sol después de cada sesión, así como el uso de línea potencializadora en casa.

personales o familiares de queloides • cualquier otra circunstancia

Otros riesgos o complicaciones que pueden aparecer teniendo en cuenta mis circunstancias personales, estado previo de salud, edad, profesión, creencias, etc.

4. En mi caso particular, se ha considerado que éste es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas que estarían indicadas según mi caso, se me informó que puedo hacer uso gratuito de seguimiento médico o cosmetológico.

Manifiesto que estoy satisfecho con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

Firma paciente _____

Fecha: