

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
DEPILACIÓN LÁSER Y FOTODEPILACIÓN**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

<b>Nombre del Paciente</b>	
<b>R.U.T del Paciente</b>	

Es muy importante que usted participe en su proceso de atención en salud. Para ello, es nuestro deseo otorgarle las mayores facilidades y resolver sus dudas y consultas.

En este documento usted encontrará información sobre la intervención que le ha propuesto su médico tratante, lo que le ayudará a entender mejor la información entregada por él en la consulta. Léala atentamente, si requiere más información o que le sea aclarado algún punto, no dude en solicitarlo a su médico, él estará dispuesto a satisfacer sus requerimientos.

Lo informado verbalmente o, a través, de este documento, responde a lo que se espera que suceda en la generalidad de los casos, en condiciones normales. Debe tener presente que cada paciente es un ser único y distinto, de manera que puede suceder que no siempre se produzcan los resultados esperados y/o deseados. Pueden existir condiciones propias del paciente o de la intervención que signifiquen mayores riesgos, o bien, influir una serie de factores imposibles de prever que modifiquen los resultados esperados, en condiciones normales.

Una vez informado, es usted quien, debe decidir si desea o no someterse a la intervención propuesta.

**INFORMACIÓN SOBRE LA INTERVENCIÓN**

**La Depilación Láser y Fotodepilación**, es un procedimiento que consiste en destruir el pelo vello corporal mediante la fotodepilación que abarca la depilación con láser y/o luz pulsada, disponiendo en la clínica de ambas máquinas con la intención de combinarlas si es necesario para que el tratamiento sea realmente efectivo.

Durante el tratamiento de fotodepilación puede ser necesaria administración de anestesia tópica cuyos riesgos son dermatitis de contacto y no requiere ningún tipo de prueba previa.

El tratamiento consiste en destruir la raíz del pelo mediante un haz de luz (depilación láser o luz pulsada) y que tiene una especial afinidad por los melanocitos, está indicado para pelo y vello café o negro y algo menos para pelo rubio o rojo.

Puede ser necesaria la repetición del tratamiento para conseguir los mejores resultados. El número de sesiones varía en función del tipo de vello y pelo, sexo y cantidad.

A pesar de la adecuada elección del tratamiento y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables como:

- Quemaduras
- Erupciones acneiformes
- Híper o hipopigmentación en la zona tratada que suelen ser transitorias.

El tratamiento se realiza de forma ambulatoria.

Dentro de las recomendaciones, está prohibido tomar sol antes y después de cada sesión y está indicado el uso diario de protección solar.

Debe dar a conocer sus antecedentes personales de alergias a medicamentos, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicamentos actuales, antecedentes de herpes, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia que puede interferir en el tratamiento.

Este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas, como el tratamiento hormonal en caso de hirsutismo.

Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes, incluyendo la mortalidad, si bien esta posibilidad es bastante infrecuente.

Durante el curso del tratamiento, o con posterioridad al mismo, pueden presentarse condiciones imprevistas que impliquen procedimientos diferentes a los aquí referidos.

Es posible la utilización de técnicas y la realización de procedimientos que se juzguen necesarios (Se incluyen estudios Anatomopatológico, medicamentos, etc.).

Con posterioridad al tratamiento se debe comprometer a seguir las pautas, consultas y cuidados que se le han indicado.

**Las zonas a tratar son:** \_\_\_\_\_

### CONDICIONES PARTICULARES

Usted debe tener presente que los riesgos a los cuales se puede ver expuesto varían entre una persona y otra. Pueden existir condiciones propias (prematurez, estado físico, enfermedades preexistentes, hábitos) que signifiquen mayores riesgos, lo mismo que su forma personal de responder al tratamiento.

Conforme a sus antecedentes, usted presenta los siguientes riesgos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

(A llenar de puño y letra por el paciente o su representante legal)

**YO** \_\_\_\_\_ **por mí mismo/en representación del paciente ya individualizado,** declaro que he leído la hoja de información que se me ha entregado sobre **La Depilación Láser y Fotodepilación,** y que la he comprendido, lo mismo que la información que en forma verbal se me ha dado; se me ha permitido realizar preguntas, y se me han aclarado mis dudas, por lo que manifiesto sentirme satisfecho(a) con la información recibida.

**DECLARO** no haber omitido ni alterado datos sobre mi estado de salud, especialmente, en relación con enfermedades, alergias o riesgos personales.

**DECLARO** comprender que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar (dejar sin efecto) el consentimiento que ahora presto.

**Y EN TALES CONDICIONES, COMPRENDIENDO SU INDICACIÓN Y RIESGOS, CONSIENTO EN QUE SE ME REALICE LA DEPILACIÓN LÁSER Y FOTODEPILACIÓN,** por el Dr.(a)\_\_\_\_\_. **DE IGUAL FORMA AUTORIZO,** en caso de necesidad inminente (que está por suceder prontamente), solicitar la concurrencia de otros profesionales; que se realicen interconsultas a especialistas; exámenes y/o que se me traslade a otras instituciones.

### Completar por el Profesional

Firma del Consentimiento:	<b>FECHA:</b> ____/____/____	<b>HORA:</b>
Procedimiento o Intervención Quirúrgica		
Diagnóstico		
Nombre, R.U.T. y Firma Médico		

### Completar por el Paciente o Representante Legal

Nombre, R.U.T. y Firma Paciente o Representante Legal si corresponde	
--	--

**INFORMACIÓN ENTREGADA POR:** \_\_\_\_\_

(Llenar sólo en caso que sea diferente a quién realiza el procedimiento)