

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRATAMIENTO DE LESIONES VASCULARES, ACNÉ Y ROSÁCEA CON LÁSER Y/O LUZ
PULSADA**

FECHA ENTREGA FORMULARIO: ___/___/___

Nombre del Paciente	
R.U.T del Paciente	

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

Tratamiento de Lesiones Vasculares, Acné y Rosácea con Láser y/o Luz Pulsada, la finalidad del tratamiento es provocar la destrucción de vasos sanguíneos aumentados en calibre y número.

Es un tratamiento que puede necesitar varias sesiones con un intervalo de 3-5 semanas.

No es posible al comienzo del tratamiento determinar el número total de sesiones necesarias.

El efecto favorable obtenido en la gran mayoría de los casos no es definitivo, de modo que requiere sesiones de mantención.

Los impactos de láser son desagradables, dolor leve y, generalmente, no requieren el uso de anestésicos, excepto en caso de niños. El tipo de anestesia requerida, salvo los procedimientos que se efectúan solo con anestesia local, será la indicada por el anestesiólogo y /o dermatólogo, con los riesgos y eventuales complicaciones propias de los procedimientos relacionados a ella.

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

- Color púrpura que llegará a ser rojo o marrón en los días siguientes y que desaparece aproximadamente en dos semanas, pudiendo ser disimulado con un maquillaje adecuado
- Raramente, pueden producirse costras finas que desaparecerán espontáneamente en algunos días.

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 debe seguir las pautas, consultas y cuidados que se le han indicado. De estar de acuerdo en pagar los aranceles presupuestados y entender que no son reembolsables.

En su caso particular, se ha considerado que este es el tratamiento más adecuado, aunque pueden existir otras alternativas, que puede consultar con su médico tratante.

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 el **Tratamiento de Lesiones Vasculares, Acné y Rosácea con Láser y/o Luz Pulsada,** 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 EL TRATAMIENTO DE LESIONES VASCULARES, ACNÉ Y ROSÁCEA CON LÁSER Y/O LUZ PULSADA, 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:	FECHA: ____/____/____	HORA:
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)