

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRATAMIENTO DE PIEL FOTODAÑADA MEDIANTE EL USO DE 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 Piel Fotodañada Mediante el Uso de Láser y/o Luz Pulsada, la finalidad del tratamiento es corregir las imperfecciones superficiales de la piel causadas por el sol y el envejecimiento, a través de la estimulación del flujo sanguíneo y de la formación de colágeno por acción de láser y/o luz pulsada.

De este modo, se logra disminuir las líneas finas, el enrojecimiento, la hiperpigmentación y reducir las manchas que aparecen por la edad, el tamaño de los poros y balancear el tono de la piel.

El tratamiento está indicado especialmente para la cara, cuello, escote y manos.

No requiere anestesia.

El tratamiento genera dolor leve, que es bien tolerado por los pacientes.

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

- Posterior a la aplicación de láser puede observarse un blanqueamiento de la piel o un leve sangrado puntiforme, seguido de formación de costras.
- Puede haber riesgo de cicatriz, modificación del tinte de la piel de la zona tratada, sobre todo en sujetos de piel oscura.

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

Con posterioridad al tratamiento debe seguir las pautas, consultas y cuidados que se le han indicado. No es posible hacer promesas o dado garantías relativas al éxito y efectividad del procedimiento. Debe 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 Piel Fotodañada Mediante el Uso de 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 PIEL FOTODAÑADA MEDIANTE EL USO DE 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)