

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

El objetivo de la técnica es la destrucción controlada de las capas más superficiales de la piel.

Características

El tratamiento consiste en destruir de forma controlada las capas más superficiales de la piel con pasos sucesivos del haz de láser sobre una zona, lo que determinará una mayor profundidad de destrucción a cada paso, por lo que dependiendo del resultado que se quiera tener serán necesarias un mayor o menor número de pasadas con el rayo láser.

La técnica está indicada en cualquier proceso superficial que afecte la epidermis y dermis superficial, como tumores epidérmicos (queratosis solares, queratosis seborreicas, nevus epidérmico, etc.), cicatrices post acné y arrugas faciales.

El médico me ha advertido que no debo exponerme al sol y que debo usar diariamente protección solar durante al menos seis meses después de la intervención, que es importante conocer mis antecedentes personales de posible alergia a medicamentos, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos o medicaciones actuales, antecedentes de herpes simple facial, antecedentes personales o familiares de queloides o cualquier otra circunstancia.

Riesgos

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, como dolor o sensación de ardor, mareos, hematomas, sangrado, infecciones, erupciones acneiformes, hiper o hipopigmentación en la zona tratada, así como que pueden quedar cicatrices dependiendo de la tendencia personal o familiar, y por tanto impredecible, a producir cicatrices alteradas (queloides), e incluso un riesgo mínimo de mortalidad.

Se me ha facilitado esta hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento y los riesgos inherentes al mismo y declaro estar debidamente informado/a, habiendo tenido oportunidad de aclarar mis dudas en entrevista personal con doctor(a).

Asimismo, he recibido respuesta a todas mis preguntas, habiendo tomado la decisión de manera libre y voluntaria.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal