

Fecha de obtención del CI: _____

Hipótesis Diagnóstica: _____

Médico (Primer nombre y dos apellidos): _____

Paciente: _____ Rut: _____

Representante legal (si corresponde): _____ Rut: _____

Objetivo

Mejorar la discromía, la hiperpigmentación, reducir el vello, hemangioma, angioma, rosácea, telangiectasia, vena de la pierna y otros.

Características

La luz pulsada intensa (IPL, del inglés intense pulsed light) es un tipo de luz que se emite con una clase de lámpara especial que genera una fuente de luz policromática de alta intensidad. Mediante el uso de diversos filtros y aplicada sobre la piel se usa para tratar manchas de sol o capilares dilatados, mejorando el aspecto de la piel tratada. Generalmente se usa un gel transparente para mejorar la conducción de la luz a la piel, y no es necesario el uso de anestesia local ni tópica.

Riesgos

Entiendo que hay una posibilidad poco frecuente de efectos secundarios o complicaciones graves, incluyendo decoloración permanente y cicatrices. Soy consciente de que el cumplimiento estricto de todas las instrucciones aconsejadas ayudará a reducir esta posibilidad.

Entiendo la lista de efectos a corto plazo que se encuentra a continuación y acepto seguir las directrices correspondientes:

- **Escamado de lesiones pigmentadas:** las costras pueden demorar entre 5 y 10 días en desaparecer y es importante no manipular ni tocar, porque podrían producirse cicatrices
- **Malestar:** durante el procedimiento, podría experimentar una sensación similar a un golpe de una goma elástica cuyo nivel puede variar según mi condición de la piel y de la sensibilidad del área, pero eso no durará mucho tiempo. Puedo sentir luego una leve sensación de "quemazón por el sol" normalmente hasta una hora y se reducirá con la aplicación de una crema calmante o refrigerante
- **Enrojecimiento e hinchazón:** la gravedad y duración dependen de la intensidad del tratamiento y la sensibilidad de la zona a tratar. Estos fenómenos se pueden reducir con la aplicación de una crema calmante o refrigerante
- En raras ocasiones se producen moretones, y pueden durar hasta dos semanas

Entiendo que la exposición al sol o el bronceado de cualquier tipo no es una práctica aprobada en las instrucciones pre y/o pos cuidado y pueden aumentar la posibilidad de complicaciones.

Se me ha explicado en detalle el procedimiento, así como los beneficios y riesgos potenciales, y me han contestado todas mis preguntas relacionadas.

Hemos hablado sobre las instrucciones pre y post atención y las entiendo completamente.

Entiendo que los resultados pueden variar con cada individuo y reconozco que es imposible predecir cómo voy a responder al tratamiento y cuántas sesiones se requerirán.

Doy mi consentimiento para que se tomen fotografías con el propósito de documentar mi progreso y mi respuesta al tratamiento y que estas fotografías se mantienen únicamente en mi expediente médico y/o sean utilizadas para la educación médica o publicación con discreción y sin revelar mi identidad.

Estoy de acuerdo en revisar la siguiente lista de comprobación de cumplimiento previa al tratamiento IPL™ junto con mi médico y ofrecer datos precisos y actualizados, a mi mejor saber y entender.

| | | | |
|--|---|----|-----------------------------|
| HR PLSR VL | TIPO DE PIEL EN LA ZONA DE TRATAMIENTO: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> | | |
| | Exposición al sol natural o artificial durante las 3-4 semanas previas a la operación o en las 3-4 semanas siguientes a la operación planificada | NO | SÍ |
| | Aplicación de autobronceadores o resaltadores del bronceado en las 3-4 semanas previas a la operación planificada | NO | SÍ |
| | Preparaciones de hierbas fotosensibles (hierba de San Juan, el Ginkgo Biloba, etc.) o de aromaterapia (aceites) | NO | SÍ _____ |
| | Enfermedades que puedan ser estimuladas por la luz entre 515 nm y 1.200 nm, como historial lupus eritematoso sistémico o porfiria. | NO | SÍ _____ |
| | Embarazo o posibilidad de embarazo, posparto o lactancia | NO | SÍ |
| | Condiciones inflamatorias de la piel (dermatitis, acné activo, etc.) | NO | SÍ _____ |
| | Presencia o antecedentes de herpes labial activo o virus del herpes simple | NO | SÍ |
| | VIH | NO | SÍ |
| | Cáncer activo (actualmente en quimioterapia o radiación) | NO | SÍ |
| | Historial de cáncer de piel | NO | SÍ |
| | Historia clínica de queloides | NO | SÍ |
| | Uso de isotretinoína en el último año | NO | SÍ |
| | Historial médico de enfermedades isomórficas de Koebnerizing (vitiligo, psoriasis). | NO | SÍ _____ |
| | ¿Alguna alergia conocida? | NO | SÍ _____ |
| ¿Debe protegerse cualquier tatuaje y/o lesión pigmentada en la zona de tratamiento solicitada? | NO | SÍ | |
| Lista de medicamentos actuales adicionales tomados | | | |
| HR | ¿Algún trastorno hormonal o endocrino (síndrome de ovario poliquístico o diabetes no controlada)? | NO | SÍ _____ |
| | Procedimientos de depilación previos en el área de tratamiento solicitado (otra IPL / láser, cera, electrolisis, etc.) | NO | SÍ: ¿qué y cuándo? |
| PL SR VL | ¿Alguna modificación observada (color, tamaño, textura y borde) sobre la lesión a tratar? | NO | SÍ _____ |
| | ¿Algún vello en el área de tratamiento solicitado que no se debe quitar? | NO | SÍ |
| | ¿Edad de la aparición de la lesión? | | |
| PL SR | Procedimientos de la piel previos sobre la zona de tratamiento solicitado (Botox, rellenos, peelings, etc.) | NO | SÍ: ¿qué y cuándo? _____ |
| SR VL | ¿Se ingirió aspirina o anticoagulantes? | NO | SÍ _____ |
| | ¿Los moretones aparecen con facilidad? | NO | SÍ |
| VL | ¿Hinchazón de las piernas o dolor después de estar mucho tiempo parado/sentado? | NO | SÍ |
| | Previa cirugía de venas en el área de tratamiento requerido (escleroterapia, desmontaje, etc.) | NO | SÍ: ¿qué y cuándo? _____ |

Mi firma certifica que he leído y comprendido debidamente el contenido de este formulario de consentimiento informado y que recibí la información precisa en cuanto a mi condición de salud. Por la presente doy mi consentimiento libremente al tratamiento de la piel M22™.

Firma Médico

Firma Paciente

Firma Representante Legal