

CONSENTIMIENTO PARA TERAPIA LASER

Ciudad y fecha:/...../20.....-

1. Yo....., con diagnóstico presuntivo de....., luego de haberseme explicado en términos claros y sencillos los alcances y riesgos del mismo, como así también las características y beneficios esperados del tratamiento propuesto, autorizo al **Dr./a.....**....., y a su equipo, a realizar un procedimiento conocido como **TERAPIA LASER**, que se realizará en.....

2. La terapia láser consiste en la aplicación de ondas de luz, que por un efecto térmico, queman con precisión el tejido a tratar, sin afectar los tejidos circundantes.

3. La metodología que se utilizará para efectuar la práctica especificada en el punto 1º me ha sido totalmente explicada detalladamente, por lo que entiendo la naturaleza, características, alcances y limitaciones del procedimiento. Asimismo, he sido claramente informado y estoy en conocimiento de cada uno de los eventuales riesgos que pudiesen sobrevenir con motivo del tratamiento y de los recaudos que tengo que tomar para evitarlos. Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas ellas me han sido contestadas satisfactoriamente. Los siguientes puntos me han sido específicamente

aclarados:.....

3.1 La condición previa y características de la piel tienen relevancia en la indicación y oportunidad para hacerse este procedimiento. En tal sentido la información recibida me ha sido de suma utilidad para tomar la decisión de realizarlo en este momento.

3.2 Se me ha informado especialmente que, al momento de realizar el tratamiento con Láser las zonas a tratar no deben estar bronceadas por el sol o medios artificiales, para evitar lesiones en la piel.

3.3 Estoy en conocimiento que los resultados obtenidos varían mucho de un paciente a otro, hecho relacionado con el color de la piel, así como del tamaño y características anatomopatológicas de la lesión tratada.

3.4 Se me ha ofrecido la posibilidad de realizar una prueba de sensibilidad dérmica sin cargo antes de realizar la terapia láser que permitirá evaluar la posible existencia de reacciones dérmicas exageradas.

4. Las complicaciones o eventos adversos que pueden originarse en este tipo de tratamientos son las propias de todo procedimiento invasivo, aquellas relacionadas con el estado vital del paciente, como así también las descritas en la literatura médica de la especialidad, todas las cuales me han sido informadas, enunciándose a continuación las siguientes de manera ejemplificativa:

4.1 **Frecuentes:** Enrojecimiento o ampollado de la piel, oscurecimientos o aclaramientos temporarios de la piel en la zona tratada, producción de costras transitorias, pequeñas cicatrices, hematomas.

4.2 **Menos frecuentes:** Nuevos crecimientos de las zonas tratadas con láser, infección, quemaduras.

5. Entiendo que una misma zona puede necesitar de varias sesiones para completar el tratamiento o para lograr el resultado previsto, y que dicha posibilidad, con su connotación económica adicional me ha sido planteada previamente.

6. Estoy en conocimiento de que durante el curso del procedimiento condiciones especiales pueden requerir acciones extras o diferentes a las originariamente previstas; por lo tanto, autorizo y requiero que el profesional, y/o quien él designe, realice/n los procedimientos o intervenciones que sean necesarias y deseables a su juicio profesional. Así también autorizo a que el Profesional o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período post-procedimiento.-

7. Soy consciente que la práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta y reconozco que a pesar que el profesional me ha informado adecuadamente del resultado deseado del procedimiento, no me han sido garantizados la obtención de los mismos en su totalidad.-

8. Me comprometo a cooperar en el cuidado de la evolución del procedimiento realizado cumpliendo fielmente los controles y cuidados que el médico me ha explicado y los que me indique una vez realizado el procedimiento, como así también tener en cuenta las pautas de alarma explicitadas, todo hasta que posea el alta médica; informando de manera inmediata al profesional sobre cualquier complicación o cambio que apareciera en la evolución normal de acuerdo a las explicaciones que el mismo me brindó sobre el particular

9. Declaro bajo juramento no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínico-quirúrgicos, ni sobre anteriores tratamientos u operaciones que me pudieron haber sido realizadas por otros profesionales.

Manifiesto ser alérgico a:

10. Autorizo la exhibición y/o entrega de este instrumento y de la totalidad de mi historia clínica ambulatoria y de internación a aquellos entes o personas que estimen el profesional antes mencionado y/o el establecimiento asistencial donde se practicará la cirugía, en la medida que los destinatarios sean profesionales de la salud, instituciones de salud, obras sociales o empresas de medicina pre paga, consultoras de riesgo médico legal, aseguradoras, funcionarios judiciales, autoridades sanitarias, o cualquier otra persona con interés en evaluar los alcances de la atención médica o paramédica que se me haya prestado. Asimismo autorizo la documentación del procedimiento quirúrgico por video tape, fotografía o digitalización, con fines científicos, educativos y académicos, aunque con reserva acerca de mi identidad.

11. Se me ha explicado que en cualquier momento antes de llevarse a cabo el procedimiento puedo retractarme del mismo, rechazando su ejecución, para lo cual deberé comunicar en forma fehaciente dicha retractación.

12. He leído detenidamente este instrumento y lo he entendido acabadamente, por lo que autorizo el procedimiento indicado.-

Firma del paciente: **Documento:**

Aclaración:.....

SI EL PACIENTE ES MENOR O INCAPAZ, COMPLETAR:

Por la presente dejo constancia que concurro a suscribir el presente instrumento en representación del paciente cuyo nombre completo ha sido consignado al inicio, otorgando plena conformidad a los términos contenidos en los puntos que integran el mismo, haciéndolo tras haber recibido la información allí indicada.-

(1) Firma: **(2) Firma:**

Aclaración: **Aclaración:**

Documento: Documento:

Teléfono: Teléfono:

Domicilio: Domicilio:

(1)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce:

(2)Vínculo con el paciente/ o representación que ejerce: