

## Consentimiento Informado Soprano™ Laser Hair Removal

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

**Autorizo a \_\_\_\_\_ a realizar el procedimiento Soprano™ Laser Hair Removal y tomar cualquier medida que en su opinión profesional fuera necesaria para el tratamiento.**

Entiendo que el Soprano™ es un dispositivo láser para la remoción de vello y que los resultados clínicos pueden variar en diferentes tipos de piel y de vello. También comprendo que existe la posibilidad de tener efectos de corto plazo tales como enrojecimiento, aparición de ampollas, costras, moretones y decoloración temporaria de la piel así como efectos secundarios poco frecuentes tales como cicatrices y decoloración permanente. Estos efectos han sido completamente explicados a mi persona \_\_\_\_\_ (iniciales del paciente)

Los efectos clínicos pueden variar dependiendo de factores individuales, incluyendo la historia clínica y tipo de vello, el cumplimiento por parte del paciente de las instrucciones pre/post tratamiento, y respuestas individuales al tratamiento. Comprendo que la depilación con el sistema Soprano™ es una alternativa segura a los métodos usados habitualmente para remover vello no querido, tales como ser afeitarse, depilaciones con cera, químicas o electrolíticas.

Comprendo que el tratamiento con el sistema de remoción de vello Soprano™ involucra una serie de tratamientos y que la forma de pago ha sido completamente explicada a mi persona \_\_\_\_\_ (iniciales del paciente)

Comprendo que las sesiones que contrato solo pueden ser usadas por mi ya que son intrasferibles \_\_\_\_\_ (iniciales del paciente)

Soy consciente que mediante este procedimiento el personal médico no garantiza el 100% de los resultados \_\_\_\_\_ (iniciales del paciente)

Certifico que he sido totalmente informada de la naturaleza y propósito de este procedimiento, de los resultados esperados y de posibles complicaciones, y comprendo que no se puede dar ninguna garantía del resultado final a obtener. Soy totalmente conciente que mi condición es una preocupación cosmética y que la decisión de proceder esta basada solamente en mi expreso deseo de hacerlo.

Ratifico que en este momento no estoy embarazada y que no he tomado Roaccutane (Isotretinoína) en los últimos 6 meses. No uso marcapasos ni un desfibrilador interno. No sufro de epilepsia, no tengo antecedentes de episodios convulsivos.

Padece ud de hipertensión? Si ( ) No ( ).

Si su respuesta es SI, ud. Tiene que tener conocimiento que el estímulo lumínico puede ocasionar un aumento de la tensión arterial. Teniendo en cuenta lo mencionado, esta dispuesto a realizar el tratamiento? Si ( ) No ( ) \_\_\_\_\_ Firma.

Se encuentra Ud. Tomando alguna medicación? Si ( ) No ( ).

Si su respuesta es SI, por favor indicar cual \_\_\_\_\_ Firma.

Certifico que me han dado la oportunidad de realizar preguntas y que he leído y completamente entendido los contenidos de esta carta de consentimiento.

### Indicaciones Pre-tratamiento

- Los pacientes menores de 18 años deberán concurrir con sus padres a la primera sesión a fin de firmar la autorización correspondiente.
- La zona a depilar debe estar sin vello (rasurada o haber colocado crema depilatoria dentro de las 24 o 12 hs)
- Es recomendable que la zona a depilar no haya sido expuesta al sol por mucho tiempo durante las 48hs previas al tratamiento.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

DNI del Paciente \_\_\_\_\_