



## Consentimiento Informado para Depilación IPL

Yo: \_\_\_\_\_

DNI No. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

1. **SOLICITO Y AUTORIZO** a: \_\_\_\_\_ para que mediante su personal calificado me realice el procedimiento de Fotodepilación por energía lumínica Luz Pulsada Intensa en las siguientes áreas corporales:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. **CONFIRMO** que se me ha explicado detalladamente, con palabras por mí comprensibles, el efecto y la naturaleza del procedimiento a realizar, a saber:

El compromiso del tratamiento es lograr la máxima reducción del vello en la zona tratada, dentro de los límites tecnológicos y fisiológicos existentes. Esta reducción debe ser de entre el 70% y el 80%, siempre que se realice en personas sin condicionantes hormonales, hereditarios o de otra naturaleza que puedan estimular el crecimiento anormal del vello.

El número total de sesiones necesarias es variable según las características de cada persona, con un promedio de 6 a 10, existiendo casos en que con menos aplicaciones se podrán obtener los resultados deseados. En otros casos serán necesarias algunas sesiones adicionales, las cuales no están incluidas en el tratamiento acordado con el paciente en este acto.

Las sesiones se realizarán inicialmente cada 30 días. En cada sesión el profesional actuante evaluará la evolución del tratamiento, pudiendo definir la forma y oportunidad en que se efectuarán las próximas aplicaciones. El cumplimiento de la periodicidad que indique el profesional es indispensable para la obtención de los resultados deseados.

La acción de esta energía lumínica es selectiva sobre la melanina, teniendo mayor efecto sobre el pelo negro por poseer mayor cantidad de la misma, siendo menos efectivo sobre los de color más



claro, con lo cual el número de sesiones en este tipo de pelo podría ser mayor. Ejerce nula acción sobre los pelos amelánicos (canas) y ciertos pelos rojizos.

Es necesario evitar la exposición al sol y rayos ultravioletas (cama solar) durante el tratamiento de depilación mediante energía lumínica. Así también es aconsejable el uso de protector solar durante todo el tratamiento con el fin de prevenir que la mayor concentración de pigmento (melanina) sea posible causa de quemaduras y/o manchas cutáneas.

El tratamiento de depilación mediante equipos médico estéticos de energía lumínica puede definirse como:

**TRATAMIENTO PROPIAMENTE DICHO O PROGRAMA:** Tras una evaluación del fototipo y clínica del cliente por parte del profesional actuante, se efectúan el número de sesiones correspondientes al tratamiento contratado. Este número de sesiones es el promedio de las aplicaciones habituales que se realizan para obtener la máxima reducción posible del número de vellos de la zona a tratar (consensuadas en un paciente de características normales).

**MANTENIMIENTO:** Se denomina así a las sesiones individuales que el paciente contrata una vez terminado el tratamiento inicial. Transcurrido un lapso de 2 a 3 meses de concluido el tratamiento y luego de la evaluación de los profesionales de \_\_\_\_\_ el paciente podrá contratar esta modalidad del servicio. Queda expresamente definido que tanto el Tratamiento como las sesiones de Mantenimiento estarán sujetas al criterio del profesional de \_\_\_\_\_

La duración del efecto de la fotodepilación mediante energía lumínica Luz Pulsada Intensa de acuerdo a los estudios hasta el momento existentes- es prolongada y variable según cada persona, influyendo en la reaparición del pelo factores hereditarios, hormonales (menopausia, embarazo, tratamientos hormonales, terapia con anticonceptivos, stress, etc.) o de otra naturaleza que pudieran estimular el crecimiento del vello. Por tal razón, dependiendo del organismo de cada persona, puede resultar necesaria la realización de alguna otra sesión periódica para el adecuado mantenimiento del resultado. Dichas sesiones no están incluidas en el tratamiento.

**3. ESTOY EN TOTAL CONOCIMIENTO** de que al aplicar la energía lumínica se puede percibir calor en la piel, sensación de calor extremo en las áreas de mayor densidad pilosa y producirse eritemas (enrojecimiento) que remiten en 24 a 48 horas, considerándose estas respuestas esperables del tratamiento mediante energía lumínica. Si esto sucediera el paciente deberá seguir las indicaciones de los medicamentos tópicos indicados por el profesional actuante. En la mayoría de los casos no se observan efectos secundarios indeseables. Puede presentarse un leve enrojecimiento y ocasionalmente en algún paciente producirse una quemadura superficial (grado I). Dicha quemadura, remitirá una vez tratada adecuadamente con los productos aconsejados por el Profesional actuante.



Por tal razón, de presentarse este tipo de reacción es imprescindible ponerla de inmediato en conocimiento del Profesional actuante o personal de \_\_\_\_\_

En el caso altamente excepcional de que al remitir la quemadura persistiera una leve pigmentación de la piel, ésta desaparecerá en un plazo de tiempo siguiendo las indicaciones pautadas por el Profesional actuante. En todo caso, una vez normalizada la piel, se continuará con total normalidad el tratamiento de depilación mediante energía lumínica.

**4. DEJO CONSTANCIA** de que no he omitido ningún dato de mi estado actual de salud que contraindique el procedimiento como ser:

- Estado de embarazo.
- Período de lactancia.
- Presencia de neoplasias (tumores).
- Presencia de Fibromas o Miomas.
- Enfermedades infecto-contagiosas.
- Enfermedades auto inmunes.
- Pacientes trasplantados.
- Flebitis.
- Trombosis.
- Patologías vasculares activas y tratadas con anticoagulantes.
- Marcapasos.
- Graves problemas circulatorios o de hipertensión.
- Infecciones en la piel.
- Alergia al frío.
- Alergias a los materiales aplicados.
- Enfermedades hepáticas y renales actuales o previas que puedan comprometer la salud del cliente y el tratamiento.
- Diabetes.

5. PONDRÉ EN CONOCIMIENTO del operador si en algún momento mi estado de salud se modificase.

6. QUEDA EXPRESAMENTE definido que tanto el alta provisional como el alta definitiva queda al buen criterio del profesional de \_\_\_\_\_



**7. CONFIRMO** que han sido contestadas satisfactoriamente todas las preguntas que libremente he formulado acerca de todo el procedimiento, por lo que en conciencia firmo el presente consentimiento.

**OBSERVACIONES:**

---

---

---

---

---

**Nombre y Apellido del paciente:** \_\_\_\_\_

**DNI:** \_\_\_\_\_

**FIRMA:**

---