**CONSENTIMIENTO INFORMADO LASER DIODO DE DEPILACION**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Mayor de edad, identificado con cedula de ciudadanía Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por este medio me permito manifestar que a la fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ He recibido por parte de la cosmetóloga o Dra.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, médico especialista en medicina estética, la siguiente información respecto al procedimiento conocido como **LASER DIODO DE DEPILACION** para disminución y eliminación del bello no deseado en distintas zonas del cuerpo y según foto tipo de piel. El cual me será practicado en las instalaciones de Smadia Clinic.

El láser de diodo se caracteriza fundamentalmente por tener una longitud de onda más larga que las otras opciones disponibles en el mercado (800nm frente a los 755 nm del láser Alejandrita por ejemplo), de manera que este láser penetra algo más en la piel, por lo que está especialmente indicado para pieles más oscuras o para vello más grueso y profundo. También puede funcionar bien para pieles más claras pero siempre que el vello sea grueso o mediano.

El láser de diodo es especialmente recomendable para partes del cuerpo de gran extensión.

**Está contraindicado en**:, estados inflamatorios de la piel como eczema, herpes simple activo, infecciones, Cáncer activo, antecedente de queloide, epilepsia, tratamientos con medicamentos como Isotretinoina, Roaccutane o Tretinoína en los últimos 3-6 meses, Retinoides en las últimas 2 semanas, embarazo, varices y problemas de coagulación de sangre, diabetes, bronceado en las últimas 2 semanas.

**Los efectos secundarios al procedimiento pueden ser**: quemadura, aparición de costras, ardor, hipopigmentación, eritema transitorio (enrojecimiento de la zona), edema perifolicular (inflamación), dolor durante el tratamiento.

Mis dudas respecto al procedimiento fueron resueltas de manera clara y satisfactoria por parte del médico tratante **Sí**\_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_

Me comprometo a seguir las recomendaciones de manera adecuada y cumplida: No exposición solar ni a cámaras bronceadoras 2 semanas antes y después de la sesión. Uso de protector solar, e hidratantes en la zona tratada.

Reconozco que las obligaciones adquiridas por parte del personal son de medios y no de resultados y por lo tanto los resultados del procedimiento no pueden ser garantizado.

De igual manera reconozco que el no seguir las indicaciones dadas, las posibilidades de fracaso son altas, por lo anterior y de no seguir estas indicaciones me hago responsable de las consecuencias.

Yo consiento al tratamiento o procedimiento y toda la información anteriormente citada. Estoy satisfecho con la explicación.

En consecuencia de lo anterior firman en la ciudad de Barranquilla,

A los \_\_\_\_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_del 201\_.

**Paciente** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Médico Tratante o Cosmetóloga\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**