



Dra. María Bufí
Medicina general y láser médico

Siempre en manos de profesionales médicos expertos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA: TRATAMIENTOS CUTANEOS CON LÁSER. DRA. BUFÍ

NOMBRE Y APELLIDOS del paciente:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio

En fecha la Dra. María Bufí Ramón me ha explicado en términos sencillos que he entendido en su totalidad, el funcionamiento para el tratamiento médico de con la Plataforma expansible Lovely II consistentes en Luz Pulsada y Láser para aplicaciones médicas y/o el equipo de láser médico Alejandrita .

Para ello la Dra. María Bufí me ha realizado una entrevista personal para descartar patologías médicas que me impidan beneficiarme de dicho tratamiento, y con mi firma en este documento, confirmo que no padezco ninguna de las siguientes patologías:

No he tomado ni estoy tomando isotretinoína o acitetrina o vitamina A en altas dosis, en caso afirmativo también se me ha informado de que debo esperar al menos 6 meses para someterme al tratamiento con la Dra. Bufí.

No he usado cremas con ácido glicólico o retinoico en el día de ayer ni hoy, y sé que no puedo usarlas en las próximas 72 horas después del tratamiento.

No estoy embarazada.

No sufro epilepsia.

No estoy en un proceso de Herpes Simplex.

No tengo fiebre.

No estoy en época de lactancia.

No sufro ninguna infección en este momento.

No padezco Diabetes Mellitus complicada.

No estoy tomando antibiótico ni ningún otro tratamiento que produzca fotosensibilidad.

(hipoglucemiantes orales, clordiazepóxido, griseofulvina, ácido nalidíxico, psoralenos, tiazidas (diuréticos), antimaláricos, difenhidramina, isoniazida, noretinodrel, sulfamidas, vacuna antisarampión, barbitúricos, fenotiazinas, mestranol, sales de oro, tetraciclinas).

PROCEDIMIENTO:

Se me colocará un protector ocular para resguardarme de la luz láser durante el procedimiento. La Dra. María Bufí apoyará el cabezal láser sobre mi piel y con cada pulsación se me ha informado de que puedo sentir un ligero malestar, dependiendo de mi umbral del dolor. Por ello, se me ha informado de que una hora antes puedo aplicarme una crema anestésica.

Se me ha informado de que según el procedimiento, la duración puede variar entre 10 minutos y una hora dependiendo de la zona a tratar.

Se me ha informado que según la zona de mi cuerpo precisaré más de una sesión para conseguir mi propósito, por lo que hago entender con este consentimiento que no precisaré firmar un consentimiento cada vez que precise del tratamiento, entendiéndose que con el primer consentimiento se sobreentiende que es válido para todas las sesiones que voluntariamente solicite.

C/San Cristófol, 28 Edificio Alatea II, local 9 - Ibiza Tel 971-312 902

www.eiviláser.com info@eivilaser.com



INSTRUCCIONES:

Este es un documento de consentimiento informado para ayudar a la Dra. María Buffí a informarle sobre el tratamiento cutáneo con láser, sus riesgos y los tratamientos alternativos, tal y como establece la Ley General de Sanidad publicada en el BOE del 29-4-86 - N° 102. aptdo. 6 del artículo 10, que dice textualmente: "...siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para realización de cualquier intervención...".

Es importante que lea esta información de forma cuidadosa y completa. Por favor, ponga sus iniciales en cada página, indicando así que ha leído la página, y firme el consentimiento para el tratamiento propuesto.

INTRODUCCIÓN:

El peeling químico y la dermabrasión cutánea se realizan desde hace muchos años para tratar diversas alteraciones de la piel. El uso de técnicas de resurfacing con láser para tratamientos cutáneos en cirugía estética es más reciente. Condiciones como daño por exposición solar, arrugas y pigmentación irregular pueden ser tratadas con estas técnicas no invasivas. Existen diferentes técnicas para la aplicación de peeling químico, dermabrasión y tratamientos cutáneos con láser. En algunas situaciones, los peeling químico, dermabrasión y los tratamientos cutáneos con láser pueden realizarse al mismo tiempo que otros procedimientos quirúrgicos.

Los procedimientos de peeling químico, dermabrasión y los tratamientos cutáneos con láser no son una alternativa a la cirugía de estiramiento cutáneo cuando ésta esté indicada.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO:

Las formas de tratamiento alternativo incluyen el no tratar la piel con agentes de peeling químico, ni con dermabrasión, ni con tratamientos cutáneos con láser. A menudo, la mejoría en las lesiones cutáneas y arrugas puede conseguirse por medio de otros tratamientos como la cirugía para estirar la piel flácida. Existen riesgos y complicaciones potenciales asociadas a las formas alternativas de tratamiento.

RIESGOS DE TRATAMIENTOS CUTÁNEOS CON LÁSER:

Existen riesgos y complicaciones asociados con los peeling químicos y los tratamientos cutáneos con láser o la dermabrasión. La decisión individual de someterse a tratamiento cutáneo con láser se basa en la comparación del riesgo con el beneficio potencial. Aunque la mayoría de los pacientes no experimentan las siguientes complicaciones, usted debería discutir cada una de ellas con su médico para asegurarse de que comprende los riesgos, complicaciones potenciales y consecuencias de los tratamientos de la piel.

EFECTOS SECUNDARIOS:

La Dra. María Buffí me ha explicado los posibles efectos secundarios que puedo apreciar tras el tratamiento:

- Aspecto rojizo en la zona tratada, similar o la exposición al sol, que según me ha explicado la Dra. Buffí, suele desaparecer en las primeras horas.
- En pieles muy sensibles pueden aparecer pequeñas manchas hipo o hiperpigmentadas, que desaparecen con el transcurso de poco tiempo.
- Infección: La infección no es frecuente, pero pueden ocurrir infecciones bacterianas o víricas. Si usted tiene antecedentes de infecciones por Herpes Simplex (Virus alrededor de la boca) es posible que una infección pueda recurrir después del tratamiento cutáneo con láser.

Cicatrización: Aunque se espera una buena curación después del procedimiento, pueden darse cicatrices anormales tanto en la piel como en los tejidos profundos. En casos raros



pueden resultar cicatrices queloides. Las cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante. Pueden necesitarse tratamientos adicionales para tratar la cicatrización anormal.

- Cambio de color: Los tratamientos cutáneos con láser pueden aclarar de forma permanente el color natural de la piel. Existe la posibilidad de variaciones irregulares de color en la piel, con áreas que pueden ser más claras o más oscuras. Se han descrito oscurecimientos permanentes de la piel después de tratamientos cutáneos con láser, la mayoría de veces asociados a una inadecuada protección solar durante el postoperatorio. Puede darse una línea de demarcación entre la piel normal y la piel tratada con láser. Un enrojecimiento después del tratamiento con láser puede persistir por un periodo de tiempo inaceptablemente largo.
- Resultado pobre: Existe la posibilidad de un pobre resultado con estos procedimientos. Los tratamientos cutáneos con láser pueden llevar a deformidades visibles inaceptables, costras en la piel, pérdida de función y cambios permanentes en el color de la piel. Usted puede estar en desacuerdo con los resultados finales del tratamiento cutáneo con láser.
- Recurrencia de las lesiones cutáneas: Las lesiones de la piel pueden volver a aparecer en algunas situaciones después del tratamiento cutáneo con láser. Puede necesitarse tratamiento adicional o cirugía secundaria.
- Cáncer o enfermedades de la piel: Los tratamientos de la piel no ofrecen protección contra el desarrollo del cáncer de piel u otras enfermedades en un futuro.
- Reacciones alérgicas: En casos raros se han descrito reacciones alérgicas a medicaciones y agentes usados en el tratamiento cutáneo con láser. En casos raros se han visto alergias locales al esparadrapo, conservantes usados en cosméticos o preparados tópicos. Las reacciones sistémicas, que son más serias, pueden ocurrir por medicaciones utilizadas durante el procedimiento o prescritas después. Las reacciones alérgicas pueden requerir tratamiento adicional.
- Quemaduras solares: ciertos tipos de agentes de peeling químico pueden favorecer de forma permanente las quemaduras cutáneas por el sol. La piel después de un peeling químico puede perder la habilidad normal para teñirse (oscurecerse.) cuando se expone a la luz solar.
- Ausencia de resultados permanentes: los tratamientos de la piel pueden no mejorar o prevenir completamente las futuras arrugas de la piel. Ninguna técnica puede revertir los signos de envejecimiento de la piel. Pueden necesitarse procedimientos quirúrgicos adicionales para estirar posteriormente una piel flácida. Puede ser necesario que usted continúe con un programa de mantenimiento de la piel después de un procedimiento de peeling químico.
- Retraso de la curación: La curación puede tardar un tiempo más largo que el anticipado después de un peeling u otro tratamiento de la piel. La curación de la piel puede resultar en una piel fina y fácilmente lesionable, lo que es diferente del normal enrojecimiento de la piel después de un peeling químico, dermabrasión o un tratamiento cutáneo con láser.
- Problemas cardíacos: Se ha descrito que algunos agentes de peeling químico pueden producir ritmos cardíacos anormales que pueden requerir tratamiento médico si ocurren durante el procedimiento. Este es un problema potencialmente serio. La dermabrasión o los tratamientos cutáneos con láser no utilizan medicaciones potencialmente tóxicas para el corazón.
- Riesgos desconocidos: Existe la posibilidad de que sean descubiertos factores de riesgo adicionales en el peeling químico, dermabrasión y los tratamientos cutáneos con láser.
- Anestesia: Tanto la anestesia local como la general implican un riesgo. Existe la posibilidad de complicaciones, lesiones e incluso muerte, por cualquier forma de



anestesia o sedación quirúrgica.

NECESIDAD DE TRATAMIENTO O CIRUGÍA ADICIONAL:

Existen muchas condiciones variables que influyen en el resultado a largo plazo de los peelings químicos, las dermabrasiones y los tratamientos cutáneos con láser. Aunque los riesgos y complicaciones son raros, los riesgos citados están particularmente asociados con estos procedimientos. Pueden ocurrir otros riesgos y complicaciones, pero son todavía más infrecuentes. Si ocurren complicaciones, puede necesitarse cirugía adicional u otros tratamientos. La práctica de la Medicina y la Cirugía no es una ciencia exacta, y aunque se esperan buenos resultados, no hay garantía explícita o implícita sobre los resultados que pueden obtenerse.

RESPONSABILIDADES ECONÓMICAS:

El coste del tratamiento cutáneo con láser resulta de diversos cargos por servicios prestados. El total incluye los honorarios de médico, el coste del material usado, posibles cargos del centro donde se realice. Los cargos por cirugía secundaria o cirugía hospitalaria de día relacionadas con revisión quirúrgica o tratamientos podrían también correr a su cargo.

RENUNCIA:

Los documentos de consentimiento informado se emplean para comunicar información acerca del tratamiento quirúrgico propuesto para una enfermedad o condición determinada, así como para mostrar los riesgos y formas alternativas de tratamiento.

El proceso de consentimiento informado pretende definir los principios para dar a conocer los riesgos, que generalmente satisfará las necesidades de la mayoría de los pacientes en la mayoría de las circunstancias.

Sin embargo, no debe considerarse que los documentos de consentimiento informado incluyan todos los aspectos sobre otros métodos de tratamiento o riesgos posibles. Su cirujano plástico puede proporcionarle información adicional o diferente, basada en todos los hechos de su caso particular y en el estado del conocimiento médico.

Los documentos de consentimiento informado no pretenden definir o servir como el modelo del cuidado médico. Éste será determinado en base a todos los hechos involucrados en un caso individual, y está sujeto a cambios, puesto que el conocimiento científico y la tecnología avanzan, y los modelos de práctica evolucionan.

ES IMPORTANTE QUE LEA CUIDADOSAMENTE LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y HAYAN SIDO RESPONDIDAS TODAS SUS PREGUNTAS ANTES DE QUE FIRME EL CONSENTIMIENTO DE LA SIGUIENTE PÁGINA.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO CUTÁNEO CON
LÁSER**

1. Por la presente autorizo a la Dra. María Buffi Ramón y a los ayudantes que sean seleccionados para realizar el

siguiente procedimiento o tratamiento:

.....
.....
...

2. He leído, comprendido y firmado las páginas folleto informativo adjunto: "Consentimiento informado para tratamientos cutáneos con láser".

3. Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mi historial y antecedentes clínico-quirúrgicos, especialmente referidos a alergias y enfermedades o riesgos personales.

4. Soy consciente de que durante el curso del tratamiento médico pueden darse condiciones imprevistas que necesiten procedimientos diferentes a los propuestos. Por la presente autorizo a la Dra. María Buffi y a sus ayudantes a realizar estos otros procedimientos en el ejercicio de su juicio profesional necesario y deseable. La autorización que otorga este párrafo incluirá cualquier condición que requiera tratamiento y que no fuera conocido por el médico en el momento de iniciar el procedimiento.

5. Doy el consentimiento para la administración de anestésicos que se consideren necesarios o aconsejables. Comprendo que cualquier forma de anestesia entraña un riesgo y la posibilidad de complicaciones, lesiones y a veces muerte.

6. Estoy de acuerdo en que no se me ha dado garantía por parte de nadie en cuanto al resultado que puede ser obtenido.

7. Doy el consentimiento para el fotografiado o la filmación del tratamiento que se va a realizar, incluyendo cualquier parte de mi cuerpo, con fines médicos, científicos o educativos, puesto que mi identidad no será revelada en las imágenes.

8. Con fines de avances en la educación médica, doy el consentimiento para la entrada de observadores en la sala de tratamientos.

9. ME HA EXPLICADO DE FORMA COMPRESIBLE:
- a. EL TRATAMIENTO CITADO ANTERIORMENTE O PROCEDIMIENTO A REALIZAR
 - b. LOS PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS O MÉTODOS DE TRATAMIENTO.
 - c. LOS RIESGOS DEL PROCEDIMIENTO O TRATAMIENTO PROPUESTO.

Firme en el siguiente consentimiento:

- DOY EL CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO O PROCEDIMIENTO, Y LOS PUNTOS CITADOS ARRIBA (1-9), excepto el punto número.....
- SE ME HA PREGUNTADO SI QUIERO UNA INFORMACIÓN MÁS DETALLADA. PERO ESTOY SATISFECHA/O CON LA EXPLICACIÓN Y NO NECESITO MÁS INFORMACIÓN.

Paciente o persona autorizada.....

(Nombre, apellidos y firma)

