

CONSENTIMIENTO INFORMADO PEELING

Autorizo a la Dra..... N° Col
A realizar en mi persona,
Sr./Sra....., varias
Sesiones de peeling medicos con: RENOPHASE ACNÉ/LUMINOSO/ANTIAGING

Conozco personalmente a la Dra.....y conozco su titulación profesional. Reconozco y acepto su capacitación profesional para realizar el tratamiento propuesto. He sido correctamente informado/a, incluso por escrito y mediante imágenes, de las características de este tratamiento: de sus fundamentos, de la forma y pormenores de su realización, de su mecanismo de acción, de sus efectos inmediatos, del proceso y evolución que seguiré en los siguientes días, semanas y meses, de las curas que habrá que practicar, de los tratamientos complementarios necesarios, de las atenciones y precauciones que deberé adoptar en las próximas semanas y meses, y de la variabilidad en el tiempo necesario para el completo restablecimiento.

He sido correctamente informado/a y acepto, los riesgos comúnmente conocidos de la medicación y/o tratamiento que me han de realizar. Se que pueden aparecer complicaciones leves como eritema o erupciones acneiformes ambas autolimitadas, reaparición de un herpes latente, y más graves, aunque más raras, como hiperpigmentaciones o aclaramiento de la piel, infecciones o quemaduras e incluso, cicatrices residuales. Sé y acepto que ciertas circunstancias personales (enfermedades, hábitos y tratamientos), que no he ocultado y que constan en mi historial clínico, pueden incrementar la incidencia de las complicaciones indicadas, e incluso de otras como:

Sé y acepto que los peelings faciales con propiamente un tratamiento complementario a otros en la patología de la piel. He sido correctamente informado/a de los métodos alternativos para mi caso, pero opto consciente y libremente por varias sesiones de peelings faciales. Considero este tratamiento necesario para mí, ya que siento preocupación por mi problema y creo que ésta es la mejor manera de resolverlo de todas las que me han explicado, me comprometo a protegerme del sol y a no someterme a otros tratamientos abrasivos, ni cirugía en el tiempo recomendado.

Si durante el tratamiento surgiera alguna situación inesperada o complicación que requiriese algún procedimiento distinto o además de los ahora previstos, y que me han sido explicados, solicito y autorizo al equipo médico para que realice aquello que crea conveniente y necesario, incluido mi traslado a un centro hospitalario.

Toda la información, verbal y escrita, me ha sido facilitada de forma comprensible y he podido formular todo tipo de preguntas, que me han sido contestadas.

Reconozco y acepto que no pueden darse garantías o seguridad absolutas respecto de los resultados del tratamiento, y manifiesto que, en este sentido, mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. Asumo el riesgo de que como consecuencia de un tratamiento correctamente realizado, éste pueda presentar de igual forma aunque con menor probabilidad, algún efecto secundario.

Firma paciente : _____Renophase