

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCEDIMIENTOS
DERMATOLOGICOS (art 59 del código civil)**

Entre el Sr./a. DNI domicilio; historia clínica nro..... en adelante “EL PACIENTE” por una parte y por la otra el Dr/Dra..... en adelante “EL PROFESIONAL” se conviene realizar el presente acuerdo de consentimiento informado conforme lo establecido en el art. 59 del Código Civil que a continuación se transcribe:

PRIMERA: El profesional luego de evaluar al paciente le informa que este padece

SEGUNDA: El profesional propone al paciente para intentar su diagnóstico y/o tratamiento lo siguiente:

PEELING: _____ (tipo)

LASER: _____ (tipo)

MESOTERAPIA: _____ (tipo)

DESTRUCCION DE LESIONES DE PIEL con : _____ (método)

OTROS: _____

TERCERA: Los beneficios que se persiguen con el tratamiento propuesto son

CUARTA: De no realizarse el tratamiento podrá tener las siguientes consecuencias

QUINTA: Que estoy consciente que en la práctica de la medicina pueden presentarse complicaciones imprevistas que requieran tratamientos adicionales.

Los riesgos del tratamiento consisten en:

- **Infección:** La infección es infrecuente pero pueden ocurrir infecciones bacterianas o virales. Si usted tiene antecedentes de infecciones por herpes simple en rostro, es posible que la infección pueda recurrir luego de un peeling/láser/método destructivo.
- **Cicatrización:** Aunque se espera una buena curación después del procedimiento, pueden darse cicatrices en la piel de acuerdo a la profundidad del peeling o método destructivo.. La cicatrices pueden ser inestéticas o de diferente color al de la piel circundante.
- **Cambio de color:** Los agentes de peeling químico pueden oscurecer o aclarar de forma transitoria o permanente la coloración natural de la piel. Existe la posibilidad de variaciones irregulares del color de la piel con áreas que pueden ser de tonalidad más clara o más oscura, dándose una línea de demarcación entre la piel normal y la tratada

por el peeling/láser/método destructivo. Un enrojecimiento después de un peeling/láser puede persistir por un período de tiempo prolongado.

- Reacciones alérgicas: Locales asociadas al activo y/o conservantes de los productos utilizados. Raramente pueden producirse reacciones sistémicas.
- Quemaduras solares: La exposición solar días posteriores al peeling químico/láser/método destructivo, aumenta el riesgo de fotosensibilidad, quemaduras y manchas en la piel. El uso de fotoprotectores sin un cuidado adecuado puede ser insuficiente para evitar las complicaciones.

SEXTA: Como alternativa al tratamiento propuesto el profesional ha informado..... (si existe algún tratamiento alternativo)

Que no se me han efectuado promesas o dado garantías respecto a los resultados que puedan obtenerse; en consecuencia, consiento que el profesional asuma una obligación de medios poniendo toda su ciencia y diligencia para llevar a cabo la intervención sin asegurarme el resultado de la misma.

Que autorizo a tomar fotografías clínicas de control, que pueden ser usadas con fines médicos de investigación científica o educativa, siempre y cuando no se revele mi identidad a través de las imágenes ni de los textos descriptivos que las acompañen.

SEPTIMA: El paciente considera que he sido debidamente informado y decide aceptar someterse al tratamiento propuesto, por lo que procede libremente a firmar este documento de consentimiento.

OCTAVA: El paciente reconoce que ha sido acompañado por el profesional en la explicación de este consentimiento informado, que comprende perfectamente su contenido, que está satisfecho con la información recibida y ha evacuado todas sus dudas

Lugar y fecha: de de

Firma y aclaración del paciente o responsable: _____

Tipo y N° de documento: _____