

Consentimiento para Depilación Láser

Consentimiento informado para depilación láser e IPL con evaluación de tipo de piel, exposición solar y medicamentos

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Áreas de tratamiento *

☐ Cara / Labio superior / Barbilla

☐ Axilas

☐ Brazos

☐ Bikini / Brasileño

☐ Piernas

☐ Espalda / Pecho

☐ Otro

¿Cómo responde tu piel al sol? *

☐ Siempre se quema, nunca se broncea (I)

☐ Generalmente se quema, se broncea mínimamente (II)

☐ A veces se quema, se broncea gradualmente (III)

☐ Raramente se quema, se broncea fácilmente (IV)

☐ Muy raramente se quema, se broncea muy fácilmente (V)

☐ Nunca se quema, muy pigmentada (VI)

¿Has tenido exposición solar, cama de bronceado o autobronceador en el área durante las últimas 2-4 semanas? *

☐ Sí ☐ No

¿Has depilado con cera, arrancado, hecho threading o usado crema depilatoria en el área durante las últimas 4 semanas? *

☐ Sí ☐ No

¿Has recibido depilación láser o IPL antes? *

☐ Sí ☐ No

Si es sí, ¿alguna reacción adversa?

Historial Médico

¿Estás embarazada, intentando concebir o amamantando? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes alguna de las siguientes condiciones?

- ☐ Enfermedad autoinmune (lupus, AR, EM, etc.)
- ☐ Trastorno de coagulación o anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Antecedentes de queloides o cicatrización hipertrófica
- ☐ Cáncer (actual o dentro de los últimos 5 años)
- ☐ Inmunosuprimido / trastorno inmunológico
- ☐ Ninguna de las anteriores

¿Has tomado isotretinoína (Accutane) en los últimos 6 meses? *

☐ Sí ☐ No

¿Estás tomando algún medicamento fotosensibilizante (algunos antibióticos, retinoides, Hierba de San Juan)? *

☐ Sí ☐ No

¿Sufres herpes labial o brotes de herpes en el área de tratamiento? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes tatuaje o maquillaje permanente en el área de tratamiento? *

☐ Sí ☐ No

¿Tienes SOP, una condición hormonal o tomas terapia hormonal? *

☐ Sí ☐ No

Medicamentos y suplementos actuales

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riesgos y Complicaciones

Riesgos y Complicaciones Potenciales:

- Enrojecimiento, inflamación y sensación de quemadura solar durante algunas horas a días
- Ampollas o formación de costras (poco común)
- Hiperpigmentación o hipopigmentación — parches más oscuros o claros, generalmente temporales pero ocasionalmente duraderos, más probables con bronceado o tipos de piel más oscuros
- Crecimiento paradójico del cabello — cabello fino nuevo cerca del área tratada, especialmente en la cara y cuello
- Cicatrización (raro)
- Lesión ocular si no se usa protección ocular

La depilación láser reduce el cabello; no es una eliminación permanente. Un ciclo de 6-8 sesiones, con 4-8 semanas de intervalo, más mantenimiento es típico. Evita la exposición solar y usa SPF 30+ en áreas tratadas durante 2 semanas antes y después de cada sesión.

Entiendo que los resultados varían según el color del cabello, tipo de piel y hormonas, que el cabello gris, blanco, rojo o muy fino responde mal, y que se requieren múltiples sesiones y mantenimiento.

Entiendo que la reducción de cabello no es eliminación permanente: _____

Entiendo que la piel bronceada o expuesta al sol aumenta en gran medida el riesgo de quemaduras y cambios de pigmentación y acepto evitar la exposición solar y el autobronceador antes y después del tratamiento.

Seguiré las instrucciones de protección solar: _____

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Dispositivo / Fluencia / Spot	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento voluntario para el tratamiento de depilación láser o IPL. He sido informado de los beneficios, riesgos, alternativas y complicaciones potenciales, incluyendo la posibilidad de quemaduras y cambios de pigmentación. Entiendo que este es un procedimiento cosmético electivo y no se ha hecho garantía alguna sobre el resultado. Eximo al proveedor y la práctica de responsabilidad relacionada con este tratamiento excepto en casos de negligencia.

Confirmando que he leído y entendido la información anterior y doy mi consentimiento informado.

He leído y entiendo la información anterior: _____

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Fecha *

DD / MM / AAAA

Este formulario fue proporcionado gratuitamente por Consentify

Consentify convierte formularios como este en consentimiento digital que tus clientes firman en su teléfono mediante código QR — con PDFs automáticos, alertas de contraindicaciones y almacenamiento cifrado. Plan gratuito disponible en <https://getconsentify.com>.

Solo plantilla. Revisa con tu propio profesional con licencia o asesor legal antes de usar; los requisitos varían según la jurisdicción y la práctica.