

Consentimiento para Resurfacitación Láser de Piel

Consentimiento informado para resurfacitación láser ablativa y no ablativa incluyendo CO2 fraccionado, erbio, y peelings con láser de carbono

Información del Cliente

Nombre *

Apellido *

Correo Electrónico *

Número de Teléfono *

Fecha de Nacimiento *

DD / MM / AAAA

Detalles del Tratamiento

Tipo de tratamiento *

- ☐ CO2 fraccionado (ablativo) ☐ Erbio (ablativo)
☐ Fraccionado no ablativo (p. ej., 1540/1550 nm) ☐ Peeling con láser de carbono
☐ Otro

Áreas de tratamiento *

- ☐ Cara completa ☐ Alrededor de los ojos
☐ Alrededor de la boca ☐ Cuello
☐ Pecho ☐ Manos
☐ Cicatrices (especificar a continuación)

Objetivos

- ☐ Arrugas y líneas finas ☐ Cicatrices de acné ☐ Daño solar / pigmentación
☐ Textura y poros ☐ Flacidez de la piel

¿Ha tenido resurfacitación láser, peelings profundos o dermoabrasión anteriormente? *

- ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿cuándo y cómo respondió su piel?

Historial Médico

¿Está embarazada, intentando concebir o amamantando? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene alguno de lo siguiente?

- ☐ Condición autoinmune (lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, etc.)
- ☐ Trastorno de sangrado o anticoagulantes
- ☐ Diabetes
- ☐ Historial de cicatrices queloides o hipertróficas
- ☐ Cáncer (actual o dentro de los últimos 5 años)
- ☐ Inmunosuprimido / trastorno inmunológico
- ☐ Ninguno de los anteriores

¿Ha tomado isotretinoína (Accutane) en los últimos 6-12 meses? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene historial de aftas (herpes simple)? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene acné activo, infección o heridas abiertas en el área? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido exposición al sol, bronceado o autobronceador en las últimas 4 semanas? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene melasma o historial de cambios de pigmentación después de lesión cutánea? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Tiene vitíligo, psoriasis o eccema en el área? *

- ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido radioterapia en el área? *

- ☐ Sí ☐ No

Medicamentos y suplementos actuales

Alergias (medicamentos, látex, lidocaína, anestésicos)

Riesgos y Complicaciones

Riesgos y Complicaciones Potenciales:

- Enrojecimiento, hinchazón, exudación y costrón durante varios días (ablativo) o 1-3 días (no ablativo); el enrojecimiento puede persistir durante semanas
- Dolor o quemazón durante la cicatrización
- Infección — bacteriana, viral (brote de aftas) o fúngica
- Hiperpigmentación — oscurecimiento, común en piel bronceada u oscura, generalmente desaparece en meses
- Hipopigmentación — aclaración que puede ser permanente, especialmente con tratamiento ablativo profundo
- Enrojecimiento prolongado, milia o brote de acné
- Cicatrización, incluyendo cicatrices texturizadas o engrosadas (raro)
- Lesión ocular sin protección ocular
- Líneas de demarcación entre piel tratada y no tratada

La evitación estricta del sol y SPF 30+ durante 4 semanas antes y 8 semanas después es esencial. La resurfaciación ablativa requiere una rutina de cuidado de heridas durante 5-10 días y tiempo libre del trabajo.

Entiendo el proceso esperado de cicatrización, que debo seguir exactamente las instrucciones de cuidado de heridas y protección solar, y que la cicatrización puede tomar más tiempo del descrito.

Entiendo el tiempo de cicatrización y el cuidado de heridas: _____

Entiendo que el aclaración o oscurecimiento temporal o permanente de la piel, enrojecimiento prolongado y cicatrización son posibles, particularmente con exposición solar reciente, isotretinoína o historial de pigmentación.

Entiendo que son posibles cambios de pigmentación y cicatrización: _____

Autorización de Fotografías

¿Podemos tomar fotografías antes y después para su historial de tratamiento? *

- ☐ Sí — solo para mi historial médico
- ☐ Sí — y pueden usarlas de forma anónima para marketing
- ☐ No

Registro de Servicio

Solo para uso interno

	Fecha	Área	Dispositivo / Energía / Densidad	Notas
Entrada 1				
Entrada 2				
Entrada 3				
Entrada 4				
Entrada 5				
Entrada 6				

Consentimiento y Firma

Doy mi consentimiento voluntario al tratamiento de resurfacitación láser de piel. He sido informado de los beneficios, riesgos, alternativas y complicaciones potenciales, incluyendo infección, cambio de pigmentación y cicatrización. Entiendo que este es un procedimiento cosmético electivo y no se ha hecho ninguna garantía de resultado. Libero 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.